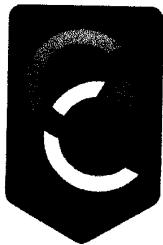


## Instrumento Procuratório

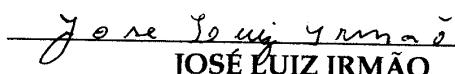


Outorgante: **JOSÉ LUIZ IRMÃO**, brasileiro, inscrito no RG, sob o nº. 1172674 SDS-PE inscrito pelo CPF nº. 069.753.238-01, residente e domiciliado na Rua São Gonçalos, nº 200, Centro, Juripiranga-PB.

Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP - 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia Et Extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência, concordata e recuperação judicial, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, inclusive Ação de Divórcio, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromissos de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 10 de abril de 2019.

  
**JOSÉ LUIZ IRMÃO**

---

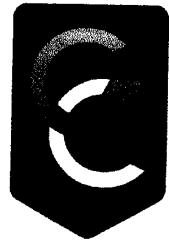
**GILBERTO CORREIA**  
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar  
Centro, Timbaúba/PE - Fone: 81 3631.3992  
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424616200000021358830>  
Número do documento: 19061314424616200000021358830

Num. 21994191 - Pág. 1



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**JOSÉ LUIZ IRMÃO**, brasileiro, inscrito no RG, sob o nº. 1172674 SDS-PE inscrito pelo CPF nº. 069.753.238-01, residente e domiciliado na Rua São Gonçalos, nº 200, Centro, Juripiranga-PB. **DECLARA**, para os devidos fins de direito e quem possa interessar, com fundamento no art. 5º, inciso LXXVII da Carta Magna, e ainda com fulcro na Lei n/ 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, que estabelece as normas para a concessão de assistências judiciária aos necessitados, combinada com a legislação nº 7.115/83, e artigo 1º, parágrafo 2º do diploma legal nº 5.478/1968, que é pobre na forma da lei e não tem condições de arcar com as despesas e custas que advêm de um processo judicial, sem comprometer seus parcós rendimentos.//////////

Timbaúba/PE, 10 de abril de 2019.

JOSE LUIZ IRMÃO  
JOSE LUIZ IRMÃO

**GILBERTO CORREIA**  
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar  
Centro, Timbaúba/PE – Fone: 81 3631.3992  
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424626100000021358831>  
Número do documento: 19061314424626100000021358831

Num. 21994192 - Pág. 1

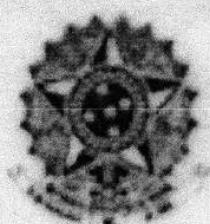


MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número  
**069.753.238-01**

Nome  
**JOSE LUIZ IRMAO**

Nascimento  
**01/07/1967**

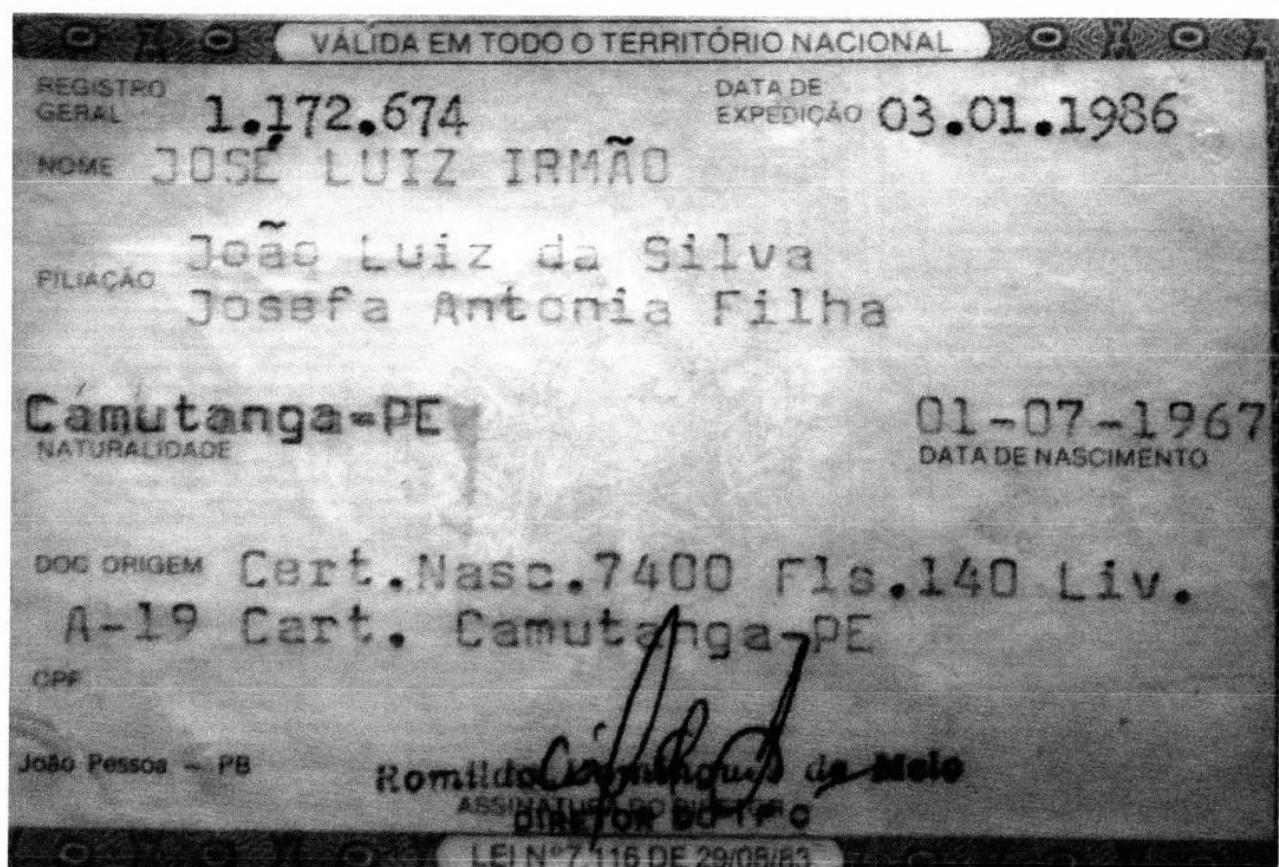
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424635900000021358833>  
Número do documento: 19061314424635900000021358833

Num. 21994194 - Pág. 1



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424635900000021358833>  
Número do documento: 19061314424635900000021358833

Num. 21994194 - Pág. 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424635900000021358833>  
Número do documento: 19061314424635900000021358833

Num. 21994194 - Pág. 3

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 023.361.048



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIZ IRMAO  
RUA SAO GONCALO 206  
JURIPIRANGA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/256446-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	15/04/2019	103	23/04/2019	R\$ 64,69

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/04/2019

Pagador: JOSE LUIZ IRMAO CNPJ/CPF: 069.753.238-01

RUA SAO GONCALO 206 - CENTRO - JURIPIRANGA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120000444501	000256446201904	23/04/2019	R\$ 64,69	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

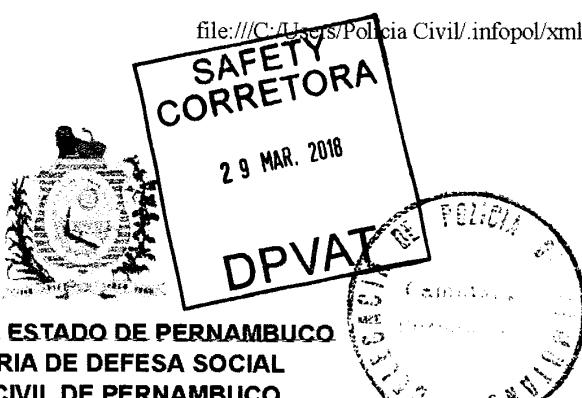
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424652800000021358835>  
Número do documento: 19061314424652800000021358835

Num. 21994196 - Pág. 1



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 060ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMUTANGA - BRASIL  
DINTER1/11ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0150000077**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/03/2018** às **13:41**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cúiposo (Consumado)** que aconteceu no dia **19/2/2018** às **10:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMUTANGA, 1** - Bairro: **CENTRO** -  
**CAMUTANGA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA ( AUTOR \ AGENTE )  
STTEFANY MARIA LEODINO DE FRANÇA ( OUTRO )  
JOSÉ LUIZ IRMÃO ( VITIMA )

CONFERE COM  
O ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ LUIZ IRMÃO

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

**JOSÉ LUIZ IRMÃO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA ANTONIA FILHA** Pai: **JOÃO LUIZ DA SILVA** Data de Nascimento: **1/7/1967** Naturalidade: **CAMUTANGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1172674/SDS/PE (RG), 06975323801 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TRABALHADOR RURAL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMUTANGA, 200, RUA SÃO GONÇALOS, 200, JURIPIRANGA-PB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMUTANGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMUTANGA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMUTANGA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**STTEFANY MARIA LEODINO DE FRANÇA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**AUTOMÓVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **STTEFANY MARIA LEODINO DE FRANCA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ LUIZ IRMÃO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/PALIO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

07/03/2018 13:29



Placa: PGE2632 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 505249235 Classi. SBD 1902ASD2122362  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: ALCO/GASOL

## Complemento / Observação

**RELATA A VITIMA QUE SEGUIA EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA COM O VEICULO RETROMENCIONADO, QUE HAVIA PEGO EMPRESTADO, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA PE089 AO TENTAR LIVRAR-SE DE UM ANIMAL QUE ATRAVESSAVA A VIA DE ROLAMENTO (JUMENTO) PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A COLIDIR COM UM POSTE, VINDO A PERDER O SENTIDO, (DESMAIANDO) NÃO VINDO A LEMBRAR-SE DE MAIS NADA, FOI ACIONADO O SAMU DE CAMUTNGA QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL LOCAL EM SEGUITA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE, DEVIDO A GRAVIDADE, FICANDO ALI INTERNADO POR 41 DIAS ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENSAO CIRURGICAS. DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA DESTA TODAS AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.**

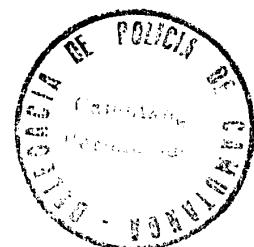
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*José Luiz Irmão*

**JOSE LUIZ IRMÃO  
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **LEONARDO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **3811310**



## SINISTRO 3180546396 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE LUIZ IRMAO

**COBERTURA** Invalidez

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

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE LUIZ IRMAO

**CPF/CNPJ:** 06975323801

### Posição em 16-04-2019 14:30:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/12/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
H O S P I T A L  
Getúlio Vargas



Paciente: JOSE LUIZ IRMAO

Prontuário: 01074726

Data de Nascimento: 01/07/1967

Idade: 51a 1m 6d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

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

CID M87.2

CID S32.4

CID M86.4

Feito o Exame de RADIORADIOGRAFIA DE BACIA

*x tom Engraxado*

Observação:

PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE FRATURA DE ACETÁBULO, EVOLUINDO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE E SINAIS DE OSTEOMIELITE E OSTEONECROSE DA CABEÇA DO FÉMUR ESQUERDO.  
NO MOMENTO, AGUARDA VAGA DE INTERNAMENTO PARA NOVO TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Recife, 06 DE AGOSTO DE 2018

Caio Siqueira  
Médico  
CRMPE 25463

CAIO CESAR BARBOSA SIQUEIRA - CRM: Nº.25463

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: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 13/06/2019 14:42:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061314424705300000021358839>  
Número do documento: 19061314424705300000021358839

Num. 21994600 - Pág. 1



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



## BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** JOSE LUIS IRMAO

**1. Ocorrência da Emergência:** 534245

1.1 - Atendimentos em: 20/01/18

1.2 - Às 01 hora e 44 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1074726**

2.1 – Internado em: 20/01/18

2.2 - Alta em: 02/03/18

**3. Hipótese Diagnóstica:** 1) POLITRAUMATISMO. 2) FRATURA DE PAREDE POSTERIOR + COLUNA POSTERIOR DO ACETÁBULO ESQUERDO. 3) OSTEOMIELITE DE PELVE.

**4. Tratamento:** 1) CIRURGIA EM 26/01/18: RETIRADA DE TRAÇÃO TRANSSESQUELÉTICA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO (REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS) + OSTEOTOMIA + TENOPLASTIA MULTIPLA.  
2) CIRURGIA EM 09/02/18: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE PELVE + OSTEOTOMIA DE PELVE. 3) CIRURGIA EM 23/02/18: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DE PELVE + OSTEOTOMIA DE PELVE. 4) ANTIBIOTICOTERAPIA.

**5. Observação:** ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

DATA: 23.8.2018

HORA: 14:39:14

PASTA: 01.08.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





## Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: JOSÉ LUIZ IRMÃO REG: 1074726

Data da operação: 26/01/2018

Operador: DR. VENÂNCIO 1º auxiliar: DR. LUIZ HIRATA (R2)

2º auxiliar: DR. TÉRCIO VASCONCELOS (R1) 3º auxiliar: DRA. ANA ÁUREA (R1)

Anestesista: DR. VALBERTO

Diagnóstico pré-operatório:

**FRATURA DE PAREDE POSTERIOR + COLUNA POSTERIOR DO ACETÁBULO  
ESQUERDA**

Tipo de operação:

**RETIRADA DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO (REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO  
POR PLACA E PARAFUSOS) + OSTEOTOMIA + TENOPLASTIA MÚLTIPLO**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Retirada tração esquelética transtibial
- 3) Paciente em decúbito lateral direito com auxílio de posicionadores
- 4) Realizada aposição de campos estéreis
- 5) Assepsia + antisepsia
- 6) Realizada incisão em face postero-lateral de quadril esquerdo (VIA DE KOCHER)
- 7) Realizado divulsão por planos – promovendo hemostasia.
- 8) Incisão/abertura em fascia,
- 9) Tenólise dos músculos rotadores externos (preservando m. quadrado femoral)
- 10) Visualizado fratura acetabular
- 11) Redução cruenta de fratura acetabular
- 12) Fixação de fratura com 2 placas de reconstrução acetabular 3,5 de 8 furos e 10 furos + 10 parafusos corticais
- 13) Observada estabilidade da redução – testado mobilidade passiva articular;
- 14) Realizada lavagem com SF0,9%;
- 15) Tenoplastia do glúteo médio + rotadores externos
- 16) Revisão da hemostasia;
- 17) Sutura por planos com Vicryl 0
- 18) Sutura de pele com Nylon 2-0
- 19) Curativo esteéril





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



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: JOSÉ LUIZ IRMÃO REG: 1074726

Data da operação: 23/02/2018

Operador: DR. VENÂNCIO 1º auxiliar: DR. ARISSON LEITE (MRI)

2º auxiliar:

Anestesista: Dr. VALBERTO

Diagnóstico pré-operatório:

OSTEOMIELITE DE PELVE ESQUERDA

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE PELVE +  
osteotomia de pelve

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito lateral direito sob raquianestesia;
- 2) Assepsia + antisepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Realizada incisão obedecendo limites de incisão prévia;
- 5) Divulsão por planos com hemostasia e isolamento minucioso de estruturas nobres;
- 6) Identificado material de osteossíntese aposicionado em acetáculo esquerdo;
- 7) Realizada curetagem de biofilme próximo a material de síntese;
- 8) Limpeza copiosa com SF 0,9%;
- 9) Revisão da hemostasia;
- 10) Aposição de dreno de penrose;
- 11) Sutura por planos com vycril 1.0 e nylon 3.0;
- 12) Curativo estéril;
- 13) Boa perfusão distal após o procedimento.

Arisson Ferreira Leite

2º Tenente Médico

CREF/PE 14082

CRF-PE 14082 - 2018



**DR. EUDENILSON J. M. LINS**  
**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA**



**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Se José Luiz Faria  
davido  
paciente apresenta  
Déficit e paroxismo  
de calos (lesões) leves  
mais graves pós acidente  
de auto.  
obs. Faz de serviços de  
outros Drs. Especialistas dan-  
gos.

Dr. Macêdo Lins  
Trauma Ortopedia  
CRM-10558

16/11/18



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		<h3>SUMÁRIO DE ALTA</h3>	
NOME: <i>Alex Luis Tavares</i> NOME DA MÃE: <i>Adélia Andersona Filha</i> CLÍNICA: DATA DE NASCIMENTO: <i>01.07.1967</i> MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>luxos da articulação esquerda + lesão de tendão de húmera esquerda</i> COMORBIDADE: <i>e artrose + edema peritendinitis do ombro esquerdo</i> PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Mega</i>		CARTÃO SUS: / Nº DO REGISTRO: <i>1074726</i> IDADE: <i>50</i> ENFERMARIA: <i>102</i> LEITO: <i>02</i> PESO: <i>80</i> ALTURA: <i>170</i> SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/> <small>Luxos da articulação esquerda + lesão de tendão de húmera esquerda</small>	
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>20/01/2018</i>		DATA DA ALTA: <i>02/03/2018</i> DIAS DE INTERNAÇÃO: <i>042</i>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO	<i>DR Kenan</i>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	
<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>SAFETY CORRETORA</b>  <i>29 MAR. 2018</i>  <b>DPVAT</b> </div>			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS <p>- Paciente admitido no dia 20.01.18, com lesões da articulação humeral esquerda, apresentando trauma em quadril esquerdo. Diagnóstico de luxos de quadril esquerdo + lesão de tendão de húmera esquerda + edema peritendinitis do ombro esquerdo. Evolução com melhora, sem sequelas de náuseas, vômitos, febre, dor, etc. No dia 29.02.18, saiu de alta hospitalar para casa. Foi realizada cirurgia no dia 29.02.18.</p> <p><b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:</b> <i>Lesão de tendão do ombro esquerdo</i></p> <p><b>CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:</b> <i>paciente operado em metade operado tendão de alta hospitalar operatório de dr. Gilberto Correia da Silva</i></p>			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____ ÓBITO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <i>Retorno ao ambulatório de André Luiz</i>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente <i>Isolino</i>			
<div style="text-align: right;"> <b>Dr. Andrey Freitas Duarte</b>          MÉDICO          CRM - RN 8875          MÉDICO RESPONSÁVEL          ASSINATURA/CARIMBO/CRM       </div>			
DATA: <i>02/03/18</i>			
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81.31845600			
HGV.1010.V.1.2013.			





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



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**Nome do paciente:** JOSE LUIZ IRMÃO   **Registro:** 1074726

**Data da operação:** 09/02/2018

**Operador:** Dr. VENANCIO   **1º auxiliar:** MR2 LUIZ HIRATA

**2º auxiliar:** MR1 LYSON AGUIAR

**Anestesista:** DR VALBERTO

**Diagnóstico pré-operatório:** OSTEOMIELITE DE PELVE

**Tipo de operação:** TRATAMENTO CIRURGICO DE OSTEOMIELITE DE PELVE + OSTEOTOMIA DE PELVE

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Assepsia e Antissepsia
- 3) Aposição dos campos cirúrgicos
- 4) Observada ferida operatória em região lateral da coxa esquerda com saída de secreção pouco purulenta
- 5) Incisão sobre F.O prévia, com excisão das bordas e divulsão por planos
- 6) Limpeza copiosa com SF0,9% exaustivamente
- 7) Coleta de material para cultura
- 8) Aproximação cutânea
- 9) Observada perfusão distal boa após procedimento
- 10) Curativo

Dr. Lyson A. Aguiar  
MÉDICO  
CRM-PE 24238



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



Abdômen

flácido, depressível, imóvel, sem eretação, palpável.  
Diagnóstico Inicial: - Politrauma

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

CD: - Soluto Rx de tórax, braço,  
col cervical, coxa E

Exames Solicitados : 1 - Especializados

- Soluto Ht e Hb

Código Procedimento:

J=2

+ SF 0,9% 1000 mL  
Ass. Médico + Carimbo

Resultado de Exames:

- SF 0,9% 1000 mL  
- Tramal 100 mg

Código Procedimento:

100mL EL em 30 min

Tratamento / Procedimentos:

- Parecer ortopédica e

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim  Não   
Evolução de Enfermagem:

Motivo: luxomatilofacial  
- SAT 5000 UJ IM  
- CS + Reserva

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta  Transferência  Estudo de Caso  Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- 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: \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

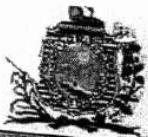
Nº da Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cadastramento: 20/01/2018 01:44 h CLAUDIOAS impressão: 20/01/2018 01:44 h CLAUDIOAS

RC BHV - Pcb visto. Vêm os celíaco,  
CI apertando quem é o ruim - po  
15 eder dura fe palpável seu  
escrevendo muito com escravo  
Médico  
Gilberto Correia da Silva Filho  
CRM-SP 251973-9





# HOSPITAL GETULIO VARGAS

## EMERGÊNCIA



### 1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE LUIZ IRMAO

Data Nasc.: 01/07/1967

CPF:

Endereço: NAO INFORMADO

Bairro: IBIRANGA

CEP: 55920971

Nome da Mãe: JOSEFA ANTONIA FILHA

Acompanhante: JOSE LUCAS PEREIRA DA SILVA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5345191 VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

HGV - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1074726

### ATENDIMENTO

534245

CNS: 707000882745834

CRM: 707000882745834

Leito: SR 37

Sexo: MASCULINO

Fone: 8757-6303

Prontuário: 1074726

Nº: 0

Estado: PE

DATA DE EMISSÃO	08/06/2019
DESTINO DO PACIENTE	SERVIÇO DE PRIMÁRIA
INTERVENÇÃO	( )
TRATAMENTO	( )
NOME DO PACIENTE	JOSE LUIZ IRMAO
DATA:	

Acidente de Trabalho: Sim  Não 

ATENDIMENTO DATA: 20/06/2019 HORARIO: 08:21

Causa Principal / HDA:

Paciente vítima de colisão automobilística com queixa de muita dor na coxa esq e dor no trazido pelo SAMU. Nessa ocasião, vômito, febre

História do Trauma: blesso

Perda da Consciência: Sim  Não Acidente de Trânsito: Sim  Não Colisão: Sim  Não Atropelamento: Sim  Não Vítima de Ferimento: Sim  Não Queimadura: Sim  Não Condições de imobilização adequadas: Sim  Não 

Observações: DMO HAS Alergias

Nao vale referir sobre VAT

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim  Não O paciente fala: Sim  Não 

Temp.: C°

EGR, eupneico, descorado (+/4+), conceito e

orientado

B: Respiratório

MV: 16 l/s ATT: 11 m Sem enfisemas

C: Circulatório PA: 130x90 mmHg

Pulso: bpm:

FC: 88 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE Glasgow: Abertura Ocular Rupias / Isocóricas  Anisocóricas 

Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Escore: Hora:

ECG: IS



Ferimento corto contuso em mento

com palpação digital de mandíbula.

1 de 2





## PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMUTANGA

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

SAMU  
192

23.01.18

DN: 0110-1167

## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:

01

## TRAUMA

## Identificação / Ocorrência

Data	Ocorrência n°	Paciente / Usuário	Idade	Sexo				
19/01/18	429734	José Leuz Sumaré	51	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino				
Local da Ocorrência		Bairro		<input type="checkbox"/> Feminino				
Rodovia 83 - Juiz de Fora - MG								
Apóio no Local		PM	Resgate Bombeiros	<input type="checkbox"/> Resgate PRF	<input type="checkbox"/> CPTAN	<input type="checkbox"/> STTRANS	<input type="checkbox"/> TROTE	<input type="checkbox"/> Outro

## Destino

Local	Getúlio Vargas	Responsável	OBS	médico
-------	----------------	-------------	-----	--------

Tempo Resposta - Horário: Anexar Ficha da Central de Regulação - Tipo de Agravo (Natureza da Ocorrência)

## Cinematográfica / Causa

<input type="checkbox"/> Queda <5m	<input type="checkbox"/> Queda >5m	<input type="checkbox"/> Queda Própria Altura	<input type="checkbox"/> Queda de Moto	<input type="checkbox"/> Sem Capacete no Incidente	<input type="checkbox"/> Capacete Retirado por Terceiro
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão Frontal	<input type="checkbox"/> Colisão Lateral	<input type="checkbox"/> Colisão Traseira	<input type="checkbox"/> Alicateamento	<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Moto
<input type="checkbox"/> Moto x Moto	<input type="checkbox"/> Carro x Ônibus	<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Sem Cinto de Segurança	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Bicicleta x Moto
<input type="checkbox"/> Número de Vítimas no Local	2	ou Dentro do Veículo	2	<input type="checkbox"/> Ouro	<input checked="" type="checkbox"/> carro x carro
<input type="checkbox"/> Afogamento Grau	Quemadura Grau	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Prata	<input type="checkbox"/> Prata x Ouro
<input type="checkbox"/> Outro				<input type="checkbox"/> Dourado	<input type="checkbox"/> Dourado x Prata
<input type="checkbox"/> Acidente de Esporte	<input type="checkbox"/> Agressão Física			<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> Intoxicação Exógena: Picada de	<input type="checkbox"/> Escorpião	<input type="checkbox"/> Abelha	<input type="checkbox"/> Cobra	<input type="checkbox"/> Aranha	
<input type="checkbox"/> Envenenamento Por					

## Exame Físico

Encontrado	<input type="checkbox"/> Decíduo Lateral	<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> ventral	<input type="checkbox"/> Sentado	<input checked="" type="checkbox"/> Dentro de Veículo
	<input type="checkbox"/> Fora de Veículo	<input type="checkbox"/> Deambulando	<input type="checkbox"/> Em Cima de		Outro

Nível da Consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Algo Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Hálito Etílico
	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input checked="" type="checkbox"/> Agitado
				<input type="checkbox"/> Coma
				<input type="checkbox"/> Outro

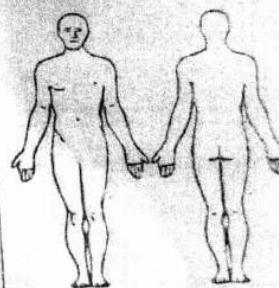
Queixa	<input checked="" type="checkbox"/> Dor / Local:	farto	<input type="checkbox"/> Parestesia / Local
	<input type="checkbox"/> Outra		

## Lesões Apresentadas:

<input type="checkbox"/> Escoriações / Local:	braços	<input type="checkbox"/> Corte / Local
<input type="checkbox"/> Perfuração / Local		<input type="checkbox"/> Contusão Articular / Local
<input type="checkbox"/> Contusão Muscular / Local		<input type="checkbox"/> Luxação / Local
<input type="checkbox"/> Fratura Incompleta / Local		<input type="checkbox"/> Fratura Completa
<input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Fratura / Local:	farto	<input type="checkbox"/> Fratura Costela / Local
<input type="checkbox"/> Entorse / Local		<input type="checkbox"/> Estiramento muscular / Local
<input type="checkbox"/> Ruptura Muscular / Local		<input type="checkbox"/> Câimbra / Local
<input checked="" type="checkbox"/> Dor muscular / Local:	perto	<input type="checkbox"/> Edema / Local
<input type="checkbox"/> Hematoma / Local		<input type="checkbox"/> Equimose / Local
<input type="checkbox"/> Outro		



## Identifique o Local da Lesão



## Identificação das Pupilas

<input type="checkbox"/> Midriase	<input checked="" type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas

## Dados Vitais

VVA:	<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Obstruída / Respiração: FR Inicial	ipm. Final	ipm. / Pulso Radical	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente			
FC Inicial	100	bpm FC Final	101 bpm	Escala de Coma de Glasgow	<8	<9	Pas (mm Hg)	>90	<90

Pedra Respiratório:  Regular  Irregular - Perfilção MMSS  <2 Segundos MMII  <2 Segundos - Saturação 98

## Procedimentos Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical Tain	M	<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral de Cabeça /	<input type="checkbox"/> Tiradenes /	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha Rígida /	<input type="checkbox"/> Red /	<input type="checkbox"/> Tábuas de Extremidades
<input type="checkbox"/> A.V.P. com Abocadil N°	/	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MSD	<input checked="" type="checkbox"/> SRL 1500 ml SF 0,9%	ml / Medicina	
021/min.		<input type="checkbox"/> Cateter Nasal /	<input type="checkbox"/> Imobilização /	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MIE
<input type="checkbox"/> Imobilização de Objetos Impalpáveis /		<input type="checkbox"/> Extinção /	<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Compresão	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> Maçã a Vácuo
<input type="checkbox"/> Oba D /	<input type="checkbox"/> Válvula / Local:			<input type="checkbox"/> Simples	<input type="checkbox"/> Irrigação Ocular / Local	<input type="checkbox"/> Dri E

/ Ventilação com Ambu / Aspiração das VVA / Outros

## Identificação da Equipe (Nome e Não Assinatura)

Enfermeiro	Caron	Técnico de Enfermagem	<i>fuller</i>
Condutor	<i>natanias</i>	Supervisão do Enfermeiro (Vale)	Medico (Melo)

## Recusa

Nome

Assinatura

Testemunha

testemunha

*fuller N.º da Silveira  
Rec. em Enfermagem  
CONEX*

Scanned by CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

50

SEXO: F  M

Métodos Médicos

Método para os devidos fins  
que o paciente supostamente fez  
Otimizado neste hospital no dia  
20.01.18, ficando intrometido até  
a data de hoje (02.03.18).  
Necessitando se ganhar de sua  
distribuição por mais 30 (trinta)  
dias.

Valor: R\$ 32,40  
02.03.18

Dr. Antônio Freitas Duarte  
MÉDICO  
CRM - RN 8875

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro  
Recife/PE – CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81 31845500

HGV 1002 V.1 2013.

Scanned by CamScanner



**Estado Da Paraíba  
Poder Judiciário  
Comarca de ITABAIANA  
JUÍZO DA 2A VARA**

[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]#  
0800875-03.2019.8.15.0381  
AUTOR: JOSE LUIZ IRMAO  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**DESPACHO**

**VISTOS E ETC.**

Defiro o pedido de Justiça Gratuita, visto que preenchidos nos autos os requisitos formais exigidos pelo art. 98 do NCPC.

Em que pese a matéria discutida nos presentes autos admitir a autocomposição, verifica-se que a parte promovida, em demandas dessa natureza, só propõe eventual acordo após a realização de perícia judicial, de modo que se afigura desnecessária, desaconselhável e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional a designação de audiência inicial de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, por sua vez, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar de eventual audiência de instrução (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio conciliadora* da novel codificação (art. 3, §3, c/c art. 159, V, do NCPC).

**Cite-se** a parte promovida para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344).

**SEMPRE QUE NECESSÁRIO E POSSÍVEL, SERVIRÁ O PRESENTE DESPACHO/DECISÃO COMO CITAÇÃO, OFÍCIO, INTIMAÇÃO, MANDADO OU CARTA PRECATÓRIA.**

INTIMEM-SE E CUMPRA-SE.

**ITABAIANA, datado e assinado eletronicamente  
MICHEL RODRIGUES DE AMORIM  
Juiz de Direito**



Assinado eletronicamente por: MICHEL RODRIGUES DE AMORIM - 10/09/2019 16:47:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091016471342800000023524251>  
Número do documento: 19091016471342800000023524251

Num. 24294041 - Pág. 1