

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-3



POLEGAR DIREITO



Alberny Henrique

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Digitalizado com CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.426.897

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/01/2016

NOME

<< ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA >>

FILIAÇÃO

<< ROBERTO RIVELINO FONSECA CODECEIRA >>

<< VIRGINIA PAULA DE MELO LIMA >>

NATURALIDADE

OLINDA - PE

DATA DE NASCIMENTO

28/10/1996

DOC. ORIGEM

<< CN 87480 L.73 AA FL.162 V CART.

APRUDA RECIFE PE 17.03.1999 >>

CPF

707.783.514-67

ASSINATURA DO DIRETOR Ana Patricia C.G. Alcoforado

LEI Nº 7.116 DE 29/08/13

316937992201094816.6681074

F-66 78.442 - 3072





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

707.783.514-67

Nome

ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

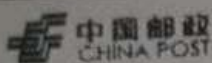
Nascimento

28/10/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Digitalizado com CamScanner



IMPORTANT:
The item/parcel may be
opened officially.
Please print in English



LL751184727CN

From:
SU ZHE 07
shandongsheng jiningshi
liangshanxian xihuanlu
youzhengjijiningshi shandong
266000 CN

BR

Ship To:
Allephy Henrick Lima Codeceira
Avenida Nova do Fundão
176 ,Cajueiro ,casa
Recife,Pernambuco 52221025
BRAZIL

PHONE:19906393704

Fees(US \$):

Certificate No.

PHONE:+55 / 81988200270

No	Qty	Description of Contents	Kg	Val(US \$)	Goods Origin
1	1	False Eyelashes 假睫毛	0.03	3.84	CN
Total Gross Weight (Kg.):			0.03	3.84	

I certify the particulars given in this customs declaration are correct. This item does not contain any dangerous article, or articles prohibited by legislation or by postal or customs regulations. I have met all applicable export filing requirements under the Foreign Trade Regulations.

Sender's Signature & Date Signed:

CN22





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração e pela melhor forma de direito, o(a)
outorgante ALLERHY HENRIQX LIMA RODRIGUES

autônomo, brasileira, união estável,
portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº
9.426.887 - SDS/PE e do CPF/MF sob o nº
207.783.514-67, residente e domiciliado(a) Avenida Nova
do Fandão, nº 176

Caçoeiro, Recife/PE - CEP 52.221-005, nomeia e
constitui como seus procuradores o **Dr. GAMALIEL LOURENÇO MARQUES**, advogado, inscrito
na OAB/PE sob o nº 35.332, e **MARLON ADRIANI RIBEIRO DE ABREU**, advogado, inscrito na
OAB/PE sob o nº 15.098, com endereço profissional na cidade do Recife, Estado de Pernambuco,
Rua Demócrito de Souza Filho, nº 143, Madalena, CEP nº 50.610-120, contatos: (81) 99730-5819 /
99744-4533, com poderes: para o foro em geral, com amplos poderes, inerentes ao bom e fiel
cumprimento deste mandato, conforme estabelecido no art. 105¹ do CPC c/c art. 5º, § 2º, do
Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB (Lei nº 8.906, de 04 de julho de
1994), e os especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido,
transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar
compromisso, assinar declaração de hipossuficiência econômica e substabelecer, enfim, praticar
todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da
administração pública direta e indireta, praticar ainda quaisquer atos perante particulares ou
empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, dando tudo por bom e valioso.

Recife/PE, 22 de outubro de 2019.

Allerhy Henrique
CPF/MF nº 207.783-514-67

¹ Art. 105. A procuração geral para o foro, outorgada por instrumento público ou particular assinado pela parte, habilita o advogado a praticar todos os atos do processo, exceto receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, que devem constar de cláusula específica.

² Art. 5º O advogado postula, em juízo ou fora dele, fazendo prova do mandato.

§ 2º A procuração para o foro em geral habilita o advogado a praticar todos os atos judiciais, em qualquer juízo ou instância, salvo os que exijam poderes especiais.

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143, – MADALENA – RECIFE/PE – CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA, brasileira, união estável,
autônomo, portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº
9.426.897 - SDS/PE e do CPF/MF sob o nº
707.783.514-67, residente e domiciliado(a) Avenida
da do Pandão, nº 176
Cajueiro, Recife/PE - CEP 52.221-025. Desejando obter
os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes
para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, requer com fulcro
no § 3º e § 4º do art. 99³ da Lei 13.105/2015, o pedido de gratuidade que pode ser formulado na
petição inicial, que ainda discorre que presume-se como verdadeira a alegação de insuficiência de
pessoa natural, que a assistência por advogado particular não obsta a concessão da gratuidade da
justiça.

Recife/PE, 22 de outubro de 2019.

Allepy Henrick
Declarante

³ Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

(...)

§ 3º Presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural.

§ 4º A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça.

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143, - MADALENA - RECIFE/PE - CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533





PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	014.10.2020
DATA	15.10.2020

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA**, portador do Documento de Identidade nº **9426897** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **707.783.514-67**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-597992**, que no dia 05 de março de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 16h25, na Avenida Beberibe, em frente da Praça e a Igreja Batista Renascer, no bairro Fundão, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 15 de outubro de 2020.

João Paulo Martins
Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

João Paulo Martins
Gerente de Regulação Médica
SAMU Metropolitano do Recife
Mat. 78.853-8 / CRM - 14698

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE
Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE
CEP: 50.060.140 Fone: 3355-7466/E-mail: gia.samu@hotmail.com





Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 705901

1.1 - **Atendimentos em:** 05/04/19

1.2 - **Às 09 horas e 59 minutos.**

1.3 - **Internado:** SIM

1.4 - **Retirou-se às hr. e min.**

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1112873

2.1 - **Internado em:**

2.2 - **Alta em:** 26/04/19

3. Hipótese Diagnóstica: 1) PÓS-OPERATÓRIO (7 DIAS) DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DA PERNA DIREITA EVOLUINDO COM DOR SEVERA EM JOELHO DIREITO.

2) ARTRITE SÉPTICA DO JOELHO DIREITO COM HEMARTROSE.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 05/04/19 – ARTROTOMIA + DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA. 2) CIRURGIA EM 08/04/19 – ARTROTOMIA + DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 19.7.2019

HORA: 13:41:06

PASTA: 01.07.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM: 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 693057

1.1 - Atendimentos em: 05/03/19

1.2 - Às 17 horas e 22 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1112873

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 01/04/19

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

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 05/03/19 - LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO. 2) CIRURGIA EM 28/03/19 - OSTEOSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO MOTO X CARRO.

DATA: 29.11.2019

HORA: 09:50:05

PASTA: 01.06.2019

TB

RS

Tadeu Burl
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Burl





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

ATENDIMENTO: 693057

Prontuário: 1112873

Data Nasc.: 28/10/1996

Idade: 22

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 704201226250586

Endereço: AVENIDA NOVA DO FUNDÃO

Bairro: CAJUEIRO

Cidade: RECIFE

Nº: 178

CEP: 52221031

Fone: 85089077

Estado: PE

Nome da Mãe: VIRGINIA PAULA DE MELO LIMA

Profissão:

Acompanhante: REGINALDO DIAS DE MELO

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CLOSISAO MOTO/CARRO HA 1 HORA REFERE DOR LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MID

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO

DATA: 05/03/2019

HORA: 17:22

h

Médico:

Urelxa Principal / HDA:

há 1 h com queixa de dor abdominal no lado direito, vômito, dor abdominal no cervical

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações: HASO DMO, Alergia: -

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐

O paciente fala: Sim ☒ Não ☐

Temp.: °C

Cor, mucosa, corado, afelul, consciente e orientado

B: Respiratório

M @ em AHT, 1/1/1/1

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulso:

bpm

FC: 68 bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

ECG: IS





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Exame: deprimível, indolor, sem sinais de irritação peritoneal.

Diagnóstico Inicial: Politrauma } Trauma em

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

MID.

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

CD: - Manter colar cervical

- SFO, 9% 1000 mL EV agora

- Dipirona 0,5 amp + AD EV
agora

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

- SAT 5000 UJ JH.

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

Motivo:

- Soluto Rx de Col. cervical,
Rx de torax / bacia /
perna D.

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Até bloco cirúrgico

Daniel
Couto
04:14:14

Assist. Social:

Assist. Social

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estado de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente 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 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 17:22 h

RAULITACBS

Impressão: 05/03/2019 17:22 h RAULITACBS

05/03/19 - ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão de coluna cervical e torácica. Foi submetido a cirurgia de estabilização da coluna cervical e torácica. Evoluiu bem, sem complicações. Foi alta para casa com medicação e orientações.

CD: Soluto Rx de Col. cervical,
Rx de torax / bacia /
perna D.

SAT 5000 UJ JH.

SAT 5000 UJ JH.

Médico

Jr. Luiz Moraes
traumatologista





HOSP. GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 705901

Prontuário: 1112873

Nome: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

Data Nasc.: 26/10/1998

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 704201228260586

Endereço: AVENIDA NOVA DO FUNDÃO

Nº: 176

Bairro: FUNDÃO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52221020

Fone: 85089077

Profissão:

Nome da Mãe: VIRGINIA PAULA DE MELO LIMA

Acompanhante: VIRGINIA PAULA DE MELO LIMA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: DOMICILIO

Clinica: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. P. A. ENF. MARGARIDA PAC REFERE DOR INTENSA EM MID

Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO: DATA: 05/12/2019 HORA: 09:59 H. Médico:

Queixa Principal / HDA: (1234) Paciente refere dor intensa no punho direito há cerca de 3 dias, piorando ao fazer movimentos de flexão e extensão do punho. Não consegue trabalhar com o punho direito. Não há trauma recente.

Histórico Traumático:

Perda da Consciência: ☐ Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: ☐ Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: ☐ Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Colisão: ☐ Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Vítima de Fervor: ☐ 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: Dor intensa no punho direito, 10/10, com piora ao fazer movimentos de flexão e extensão. Não há trauma recente.

Exame Físico:

A: Geral: Visão aérea esta pérvia: ☐ Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: ☐ Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Glasgow: 15





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

NA

Diagnóstico Inicial: *Infecção de ferida operatória? Hematoma?*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados Patologia Clínica

Diagnóstico: Diarréia + AD EV 6/6/18

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Exames Solicitados Especializados

Exames Solicitados Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Proferir 100mg de amox. 1m

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta e Pedido ☐ Exame de Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Informação de Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Casos ☐ Exames Externos: ☐

Observações:

Autorização para Alta (internamento) / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente 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 e Pedido:

- 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: _____

Cadastro: 05/04/2019 09:59 h DENNISELD Impressão: 05/04/2019 09:59 h DENNISELD

Médico





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.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS |
| ☐ | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| ☐ | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| ☐ | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| ☒ | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| ☐ | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| ☐ | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA |
| ☐ | ALTERAÇÃO METABOLICA (EX:HIPOGLICEMIA) |
| ☐ | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| ☐ | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| ☐ | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| ☐ | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| ☐ | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| ☒ | PACIENTE CIRÚRGICO |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☒ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

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 de 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:

Assinado eletronicamente por: GAMALIEL LOURENCO MARQUES - 03/12/2020 22:17:35
Rua da Saúde, 50 - CEP 50.050-000
Fone: (0800) 2104000

HGV 1026 v.1.2013



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 05/04/2019 09:52

Nome Paciente:	ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	28/10/1996
Sexo:	Masculino
Idade:	22
Senha:	E0010
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 05/04/2019 09:53 - 05/04/2019 09:54

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE CIRURGIA ORTOPEDICA EM 05/03/2019. EVOLUI COM DOR INTENSA EM MID

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

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

Data Impressão: 05/04/2019 09:54

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.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

**CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.**

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

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: _____

Assinatura: _____
Avenida General Edmundo Lima - Contorno
Recife/PE - CEP 50.030-060
Fone: (0XX) 81.31845605

HGV 1028 V.1.2013.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 05/03/2019 17:07

Nome Paciente: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1996
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: E0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2019 17:08 - 05/03/2019 17:09

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

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOTO/CARRO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID
NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Observação: TRAZIDO PELO SAMU RECIFE (B 15) DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

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

Data Impressão: 05/03/2019 17:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
**HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS**

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE

Moisés Henrique Lima Corrêa

Nº PRONTUÁRIO

1112573

DATA DA OPERAÇÃO

22/04/19

ENFERMARIA

02

LEITO

24

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

OPERADOR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

fractura fechada de fêmur D

TIPO DE OPERAÇÃO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

fractura fechada de fêmur D + drenagem de hematomas
fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LESÕES - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAIS

- 1) paciente em decúbito supino, com fêmur D fraturado e drenagem de hematomas
- 2) artroscopia de fêmur D
- 3) fractura fechada de fêmur D + drenagem de hematomas
- 4) fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)
- 5) fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)
- 6) fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)
- 7) fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)
- 8) fractura fechada de fêmur D + artroscopia (?)

Mucio Laércio Lima Filho
Traumato - Ortopedista
CRM 17279 - PE

Mucio Laércio Lima Filho
Traumato - Ortopedista
CRM 17279 - PE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA Registro: 1112873

Operador: DRA CLAUDIA 1º auxiliar: DR CARLOS

Instrumentador:

Anestesista:

Data: 05/03/2019

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de osso da perna direita

Tipo de operação: limpeza + fixador externo

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Aposição de campos estereis
- 4) Realizado desbridamento de ferimento de perna esquerda
- 5) Realizada limpeza com SF 0,9% + hemostasia
- 6) instalação de fixador externo
- 7) presença de pulso pedioso
- 8) sutura + curativo
- 9) Observada boa perfusão distal após o procedimento





HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA REG: 1112873

Data da operação: 05/04/19

Operador: DR ANDRÉ TELLES

1º auxiliar: DR ANDREY

Anestesiista: PLANTONISTA

TRATAMENTO CIRÚRGICO: ARTRITE SEPTICA EM JOELHO DIREITO

DIAGNOSTICO INTRA-OPERATORIO: DRENAGEM DE HEMOARTROSE EM JOELHO
DIREITO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos -
- 4) Observado edema em joelho direito, sem bloqueio articular
- 5) Realizado incisão em face lateral do joelho direito
- 6) Divulsão por planos
- 7) Realizado artrotomia de joelho direito
- 8) Saída de grande quantidade de hematoma, ausência de grumos
- 9) Limpeza copiosa com Sf 0,9%
- 10) Revisão de hemostasia
- 11) Sutura por planos com vicryl e nylon (realizado reparo da artrotomia)
- 12) Curativo esteril
- 13) Boa perfusão ao final do procedimento

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CREMEDE-27067

Dr. André Telles Duarte
Cirurgião Especialista
CREMEDE-27067





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA REG 1112873

Data da operação: 28/03/2019

Operador: DR. ALEXANDRE ANDRADE

1º auxiliar: DR. LEVI DIOGENES (MR3) 2º auxiliar: DRA. FERNANDA
MADRUGA (MR1)

Anestesista: DRA. JULIANA JAMILE

Auxiliar: ROBSON

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DE TIBIA DIREITA

Tipo de operação:

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR + TRATAMENTO
CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM
HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Observado fixador linear em tibia direita, sem saída de secreção no trajeto dos pinos;
- 3) Retirada de fixador externo e curetagem de trajeto de pinos;
- 4) Assepsia e antisepsia;
- 5) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 6) Incisão e Acesso transpatelar direito;
- 7) Acessado ao canal medular e introdução de fio-guia;
- 8) Fresagem inicial manual;
- 9) Inserção de haste intramedular 360 x 10;
- 10) Realizado bloqueio proximal com 2 parafuso e bloqueio digital com 2 parafusos;
- 11) Verificação da redução com fluoroscopia;
- 12) Inserido parafuso tampão proximal;
- 13) Realizado reparo do tendão patelar + sutura por planos;
- 14) Realizada sutura de pele com nylon 2.0;
- 15) Curativo local;
- 16) Observado boa perfusão distal após procedimento.

Dra. Fernanda Madruga
MÉDICA
CRM-PE 27987





ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA		01112873	704201226250
693066	MASCULINO	22e 5m 2d	CLINICA ORTOPEdia, CLORT 103-03

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA DIÁFISE DE TÍBIA/FÍBULA

Tratamento:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA (HASTE INTRAMEDULAR) + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + ORIENTAÇÃO + FISIOTERAPIA

OBS:

DOBRAR O JOELHO ATIVAMENTE DIVERSAS VEZES AO DIA, CARGA PARCIAL ASSISTIDA COM MULETAS, RETORNO AO AMBULATORIO DE TRAUMA EM 15 DIAS. FISIOTERAPIA MOTORA.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAR, BEG.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
05/03/2019	01/04/2019

Recife, 01 DE ABRIL DE 2019

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

Dr. Jose Victor M. Lucena
CRM: 27709

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-050
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			 SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Henrick Lima</u>			CARTÃO SUS:		
NOME DA MÃE:			Nº DO REGISTRO:		
CLÍNICA: <u>Tumor</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F ☒ M
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:				
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Ampliação do tumor</u>					
COMORBIDADES:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Ampliação / Ressecção tumoral</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>05.04.19</u>	DATA DA ALTA: <u>26.04.19</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO				
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐	HEMODIÁLISE	☐	
☐	DIÁRIA DE UTI	☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐	USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐		☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Sinais de progressão do tumor</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Ampliação do tumor</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			ÓSTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO: _____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO)/DATA DE RETORNO:					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
<u>26.04.19</u> DATA			 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		

HGV-1010.V.1.2013
Avenida General San Martín s/n - Cordena
Recife/PE - CEP 50.690-090
Fone: (0XX) 81.31.845600



CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202060209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC.ÚRICO	0202010120		ABDÔMEN SIMPLES AP	0204050138
ALBUMINA	0202010627		ABDÔMEN AP+LATERAL	0204050111
			BACIA	0204060085
BILIRRUBINA	0202010201		BRAÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260		CALCÂNEO	0204060109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010368		COXA	0204060117
GAMA	0202010465		COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA	0204040060
GLICOSE	0202010473		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060125
LEUCOGRAMA	0202020398		MAO	0204040086
LCR	0202090600		OMBRO	0204040116
FÓSFORO	0202010430		PE	0204060150
FÓSF. ALCALINA	0202010422		TORAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010562		TORAX AP E PERFIL	0204030153
MIELOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010570		PERNA	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDÔMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDÔMEN TOTAL	0205020048
POTÁSSIO	0202010600		TORAX	0205020135
SÓDIO	0202010635		PELVICA	0205020160
TSTC	0202020495		TRANSVAGINAL	0205020186
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICERÍDEO	0202010678		MAMA	0205020097
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0205020119
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA	0205020054
TPAE	0202020487		TOMOGRAFIA	
URÉIA	0202010694		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010036
CONC.HEMACIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC.PLASMA	0306020108		PRESCOÇO	0206010052
CONC.PLAQUETA	0306020076		SELA TURCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRÂNIO	0206010079
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SÉG.APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX	0206020031
ECG	0211020036		ABDÔMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408050098		FISIOT.RESP.	0302040021
			FISIOT.MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010015

31845786





HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA** esteve internado no setor de Traumato-Ortopedia desta unidade hospitalar de 05/03/2019 ao dia 01/04/2019 para tratamento médico-hospitalar.

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

CO: 582.9

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 27709

Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 27709

Recife, 01/04/2019





HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: Alhephy Henrique Góes REG.: 112873

AO SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ÓRTESES E PRÓTESES

SOLICITO PAR DE MULETAS PARA PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE
TRATAMENTO CIRÚRGICO fratura de osso da

perna

perna

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 27709

01/09/13





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Alleph Henrique Adameira esteve internado no setor de Traumatologia-Ortopedia deste serviço do dia 05/03/19 ao dia 01/04/19 para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico no pós-operatório, a partir da data de hoje.

CID 10: 582.3

Dr. José Victor M. Mucena
CRM-PE: 217709

01/04/19





Estado de Pernambuco
**Hospital Getúlio
Vargas**
Av. General San Martin, S/N,
Cordeiro, Recife/PE

RECEITUÁRIO DE

CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
JOSÉ VÍCTOR M LUCENA

CRM
27709

UF
PE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA

PRESCRIÇÃO

USO ORAL

Dr. José Victor M. Lucena
Médico
CRM-PE: 27709

1)CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP
tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias
2)Dipirona 500mg ----- 01cx
tomar 01 cp de 6/6h se dor

Recife, 01/04/2019 01/04/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIDADE
E

ORG EXP

ENDEREÇO

CIDADE

UF

TELEFON
E

IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR

ASSINATURA FARMACÊUTICO

DATA:





Secretaria de Saúde do
Estado de Pernambuco
**Hospital Getúlio
Vargas**
Av. General San Martin, S/N,
Cordeiro, Recife/PE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE JOSÉ VÍCTOR M LUCENA		CRM 27709	UF PE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ALLEPHY HENRICK LIMA CODECEIRA			
PRESCRIÇÃO <u>USO ORAL</u> Dr. José Victor M. Lucena Médico CRM-PE: 27709 1) CEFALLEXINA 500MG ----- 28 COMP Tomar 01 cp de 6/6h por 7 dias 2) Dipirona 500mg ----- 01cx tomar 01 cp de 6/6h se dor Recife, 01/04/2019 01/04/2019			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIDA DE	ORG EXP
ENDEREÇO			
CIDADE		UF	TELEFON E
IDENTIFICAÇÃO FORNECEDOR		ASSINATURA FARMACÊUTICO DATA:	





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Nome: *Murphy Henrique Lima*

R//

Uso Interno

1) Cefalexina 500 mg ----- ²⁸ comp
Tomar um comprimido de 6/6h por dias

2) Dipirona 1g ----- 40cp
Tomar um comprimido de 6/6h em caso de dor

26/05/19
Dr. José Márcio Fernandes Jr.
CRM 314150
OAB/PE 10.479

Orientações:

1. Realizar curativo diário no posto de saúde
2. Retornar ao ambulatório do HGV após 07 dias para reavaliação
3. Retornar na emergência deste serviço em caso de anormalidades





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo instrumento particular, que entre si fazem, de um lado o Senhor ALLEBY HENRICK LIMA RODECEIRA, brasileira, união estável, autônomo, portador da Cédula de Identidade sob o nº 9.426.897 - SDS PE e do CPF/MF sob o nº 707.783.514-67, residente e domiciliado Avenida N.º 126, Caçueiro, Recife PE - CEP 52.221-025, denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado, denominado **CONTRATADOS**, os Drs. **GAMALIEL LOURENÇO MARQUES**, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB sob o número 35.332, e **MARLON ADRIANI RIBEIRO DE ABREU**, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 15.098, ambos com endereço profissional na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Rua Demócrito de Souza Filho, nº 143, Madalena, CEP nº 50.610-120, contatos: (81) 99730-5819 / 99744-4533.

Têm entre os mesmos, de maneira justa e acordada, o presente **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**, com fulcro no art. 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO DO CONTRATO

O presente instrumento tem como objeto à prestação de serviços advocatícios a serem realizados na Comarca de _____/PE, tendo como objeto a _____, em favor do **CONTRATANTE**. A atuação profissional contratada ficará restrita ao Juízo da causa, em Primeira Instância.

¹ Art. 22. A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionados, aos fixados por arbitramento judicial e aos de sucumbência.

§ 4º Se o advogado fizer juntar aos autos o seu contrato de honorários antes de expedir-se o mandado de levantamento ou precatório, o juiz deve determinar que lhe sejam pagos diretamente, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, salvo se este provar que já os pagou.

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143 – MADALENA – RECIFE/PE – CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Outras medidas judiciais necessárias, incidentais ou não, diretas ou indiretas, decorrentes da causa ora contratada, devem ter novos honorários estimados com a anuência do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO ÚNICO: ATIVIDADES: As atividades inclusas na prestação de serviço, objeto deste instrumento são todas aquelas inerentes à profissão, as quais sejam:

- a) Praticar quaisquer atos e medidas necessárias e inerentes à causa, junto a todas as repartições públicas da União, dos Estados ou dos Municípios, bem como órgãos ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, bem como de estabelecimentos particulares.
- b) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, como os específicos no **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS ATOS PROCESSUAIS

Havendo necessidades de contratação de outros profissionais, no curso do processo, os **CONTRATADOS** elaborarão substabelecimento. Indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado o **CONTRATANTE** aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do **CONTRATANTE** no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

PARÁGRAFO ÚNICO: DOLO OU CULPA DO CONTRATANTE: Agindo o **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face ao **CONTRATADO**, restará facultado a este, substabelecer sem reserva de iguais e se exonerar de todas as obrigações.

CLÁUSULA TERCEIRA – REMUNERAÇÃO

Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviços serão pagos da seguinte forma:

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Os honorários convencionados ficam estabelecidos em **20% (vinte por cento) dos valores sentenciados**.

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143, – MADALENA – RECIFE/PE – CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

PARAGRÁFO SEGUNDO: Deixando motivadamente, de ter o patrocínio de causídico, ora contratado, o valor prestado inicialmente na propositura da Ação reverter-se-á a favor do mesmo, sem prejuízo de posteriores cobranças judiciais, em face do **CONTRATANTE**.

PARAGRÁFO TERCEIRO: Os honorários de condenação (sucumbência), se houver, pertencerão aos **CONTRATADOS**, sem exclusão dos que ora são contratados, de conformidade com o art. 23² da Lei nº 8.906/94. Caso haja morte ou incapacidade civil dos mesmos, seus sucessores ou representantes legais receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

PARAGRÁFO QUARTO: Havendo acordo entre o CONTRATANTE e a parte contrária, não prejudicará o recebimento dos honorários contratados e da sucumbência. Caso em que os honorários iniciais e finais serão pagos aos **CONTRATADOS**.

PARAGRÁFO QUINTO: DO ATRASO: Sempre que houver falta de pagamento dos honorários dentro dos prazos pactuados, sejam integrais ou parcelados, fica acordada a aplicação de multa, a partir da data em que deveriam ter sido pagos, de 2% (dois por cento) para os pagamentos em atraso, sendo ainda os valores atualizados pela variação verificada no período através do IGPM e cobrados juros de mora de 1% (por cento) ao mês.

PARAGRÁFO SEXTO: A respectiva quitação será dada quando da emissão da respectiva Nota Fiscal de Prestação de Serviços com quitação total e/ou mediante recibo.

PARAGRÁFO SÉTIMO: Considerar-se-ão vencidos e imediatamente exigíveis os honorários ora contratados, no caso do **CONTRATANTE** vir a revogar ou cassar o mandato outorgado os **CONTRATADOS** ou a exigir o substabelecimento sem reservas, sem que este tenha, para isso, dado causa.

CLÁUSULA QUARTA – DESPESAS

O **CONTRATANTE** pagará ainda às custas e despesas judiciais, despesas de viagens, de extração de fotocópias, de autenticações de documentos, de expedição de certidões, de

² Art. 23. Os honorários incluídos na condenação, por arbitramento ou sucumbência, pertencem ao advogado, tendo este direito autônomo para executar a sentença nesta parte, podendo requerer que o precatório, quando necessário, seja expedido em seu favor.

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143, – MADALENA – RECIFE/PE – CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533





ABREU & MARQUES

ADVOCACIA CONSULTORIA E ASSESSORIA JURÍDICA
CÍVEL - CRIMINAL - TRABALHISTA - TRIBUTÁRIO & ELEITORAL

interurbanos e quaisquer outras que decorrerem dos serviços ora contratados, mediante apresentação de demonstrativos analíticos pelo **CONTRATADO**.

CLÁUSULA QUINTA – COBRANÇA

As partes acordam que facultará aos advogados **CONTRATADOS**, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito, elegendo o foro da Comarca do Recife para dirimirem quaisquer dúvidas concernentes ao presente instrumento.

E por estarem assim justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas, para que possa produzir todos os seus efeitos de direito.

Recife/PE, 22 de outubro de 2019.

Altera/ Henrique
CONTRATANTE

Gamaliel Lourenço Marques
GAMALIEL LOURENÇO MARQUES
OAB/PE 35.332

MARLON ADRIANI RIBEIRO DE ABREU
OAB/PE 35.332

RUA DEMÓCRITO DE SOUZA FILHO, Nº 143, – MADALENA – RECIFE/PE – CEP. 50.610-120.
CONTATOS: (81) 99730-5819 / 99744-4533

