

Instrumento Procuratório

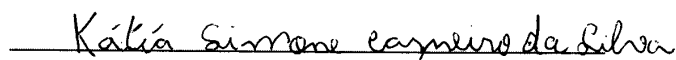


Outorgante: **KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 096.417.844-39 e no RG sob o nº 6547883 SDS/PE, residente e domiciliada no Loteamento Para nº 16 Ferreiros/PE CEP 55880-000.

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 08 de julho de 2019.


KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA


ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

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



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 096.417.844-39 e no RG sob o nº 6547883 SDS/PE, residente e domiciliada no Loteamento Para nº 16 Ferreiros/PE CEP 55880-000. **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 nº 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 parcos rendimentos.//

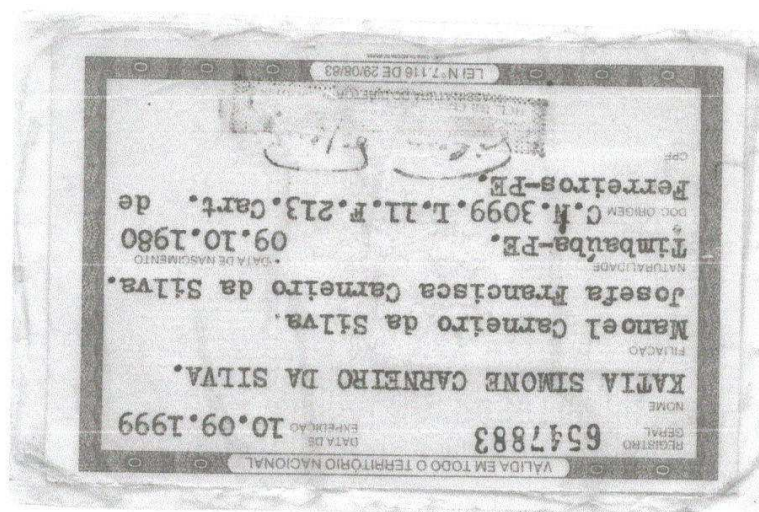
Timbaúba/PE, 08 de julho de 2019.

Katia Simone Carneiro da Silva
KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kátia Simone Carneiro da Silva

RG nº 65.47.883, data de expedição 10/09/99, Órgão SDS-PE,

CPF nº 096.417.844.39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rotamento para</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Ferreiros</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55880-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99550-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ferreiros, 10 de Setembro de 2018

Assinatura do Declarante: Kátia Simone Carneiro da Silva





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO MARCOS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO PARA 16

CPF: 016.390.534-76 NIS: 16103638101

FERREIROS/FERREIROS
FERREIROS PE
55880-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
7003919425 07/2018
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
24/07/2018 16/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
10,09

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
024315481	ÚNICA	17/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/07/2018	2010758168	5223834

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18598888	5,57
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	9,0000000	0,31880378	2,86
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,63
Contribuição Iluminação Pública			0,63
TOTAL DA FATURA			10,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301070784	CAT	15/06/2018	5.282,00	17/07/2018	5.331,00	32	1,00000		39,00

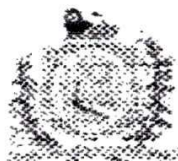
MÊS/ANO DE CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
JUL 18	39			Base de Cálculo	R\$	4,50	49,58%
JUN 18	74			Transmissão	R\$	0,55	5,94%
MAY 18	81			Distribuição (Celpe)	R\$	2,56	27,65%
ABR 18	97			Perdas de Energia	R\$	0,61	6,75%
MAR 18	87			Energias Setoriais	R\$	0,37	4,00%
FEV 18	94			Tributos	R\$	0,47	5,00%
JAN 18	90			Total	R\$	8,28	100%
DEZ 17	83			Consumo Ativo até 30 kWh:			0,17629850
NOV 17	82			Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:			0,30222800
OUT 17	85						
SET 17	65						
AGO 17	61						
JUL 17	62						

9ED9 7885 A1EZ 1544 0B87 C2BA B8AA 49AB

Pague no ponto mais perto de você! Seu valor será informado via aplicativo ou no 54 a partir da data de emissão desta nota fiscal. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta emissão da nota fiscal. Caso haja qualquer dúvida, consulte o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 000 0000. O cliente é responsável por verificar a validade da leitura e a correta emissão da nota fiscal. Caso haja qualquer dúvida, consulte o atendimento ao cliente pelo telefone 0800 000 0000.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e preços se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS - DP59ªCIRC
DINTER/11ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0149000483

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **14:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **23/6/2018** às **06:00**

Fato ocorrido no endereço: **PRACA BENEDITA TRAVASSOS, 1 - Bairro: CENTRO - FERREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A AO ESPETINHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO MARCOS DA SILVA (OUTRO)
KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DA SILVA**



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

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

KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA** Pai: **MANOEL CARNEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **8/10/1980** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5547683/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **LOTEAMENTO PARA, 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FERREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO MARCOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSÉ DA SILVA** Pai: **ANTONIO ORNÉLIO DA SILVA** Data de Nascimento: **22/6/1980** Naturalidade: **FERREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6050753/SDS/PE (RG), 01639953476 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **LOTEAMENTO PARA, 15 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FERREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTONETA HONDA BIS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO MARCOS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCD2531 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **193515043** Chassi: **9CJJC4220FR519709**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORA RETROMENCIONADO NO PRESENTE BOLETIM, A MESMA SAIU DE SUA RESIDENCIA NA



7/2/2018

Boletim de Ocorrência

DESTINO AO CENTRO DA CIDADE, MAS PRECISAMENTE PRA CASA DE SUA GENITORA, QUANDO AO SE APROXIMAR DA IGREJA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, UM AUTOMÓVEL ADENTROU NA CONTRAMÃO VINDO A COLIDIR COM A MOTONETA, TENDO O SEU ESPOSO QUE NA OCASIÃO ERA CONDUTOR, PERDEU O EQUILÍBRIO, TENDO A MESMA CAÍDO DA GARUPA, SOFRENDO UM TRAUMA NO PE DIREITO, A QUAL FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA NA CIDADE DE TIMBAUBA; ONDE FOI SUBMETIDA AO PROCEDIMENTO DE PRAXE, SENDO EM SEQUIDA LIBERADA; QUE DEPOIS DE 15 DIAS DO FATO A VITIMA TEVE QUE SER ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDA A UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DEVIDO A GRAVIDADE ONDE FICOU INTERNADA POR 15 DIAS, QUE INFORMA A VITIMA QUE O AUTOMÓVEL QUE CAUSOU O ACIDENTE, NÃO PRESTOU SOCORRO EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE. DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA DESTA TODAS AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

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

KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Kátia Simone Carneiro da Silva

ANTONIO MARCOS DA SILVA
(OUTRO)

Antônio Marcos da Silva

Condutor da ocorrência:

Nome: LEONARDO JOSÉ DA SILVA

Cargo: COMISSÁRIO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 381131-0 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 155ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

B.O., registrado por: LEONARDO JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 3811310



Assinatura



SINISTRO 3190370756 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

COBERTURA DAMS

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ: 09641784439

Posição em 08-07-2019 08:49:48

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 603632

1.1 - Atendimentos em: 10/07/18

1.2 – Às 14 horas e 37 minutos.

1.3 – Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 643142

2.1 – Internado em: 10/07/18

2.2 - Alta em: 25/07/18

3. Hipótese Diagnóstica: NECROSE DE PARTES MOLES NA REGIÃO DO CALCANHAR DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 10/07/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTOS.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 15 DIAS.

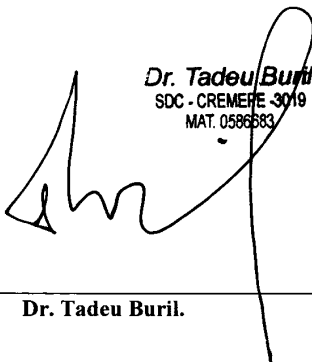
DATA: 12.11.2018

HORA: 11:15:05

PASTA: 01.11.2018

TB

RS


Dr. Tadeu Buri
SDC - CREMEPE 3019
MAT. 0586683

Dr. Tadeu Buri.





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen <i>H. Oporto pedindo a</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>verificar importância e região</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados <i>de 12:00:00 Dia</i>	
Resultado de Exames: <i>AD: D Rx</i>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: <i>O p/bloco 1.1.1.1.1.1</i>	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
<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	
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 <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico: _____ CRM/CRO: _____	Data: _____ Hora: _____
Termo de Responsabilidade do Paciente:	
- 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: 10/07/2018 14:37 h THIAGO BM	impressão: 10/07/2018 14:37 h THIAGO BM

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 603632

Prontuário: 643142

Nome: KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

Data Nasc.: 09/10/1980

Idade: 37

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG: 6547883

CNS: 708203154761444

Endereço: RUA JULIO VELOSO

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Cidade: FERREIROS

Estado: PE

CEP: 55880000

Fone: 9665-0744

Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA

Acompanhante: MARIA JOSE

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: CIRURGIA VASCULAR

Ocorrência: SENHA 5466031 QUEDA DE MOTO HA 15 DIAS, EVOLUI COM DOR, FERIMENTO INFECTADO COM AREAS DE

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 10/07/2018 HORA: 14:37 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *perdida de visão de acidente automobilístico há 15 dias, ferimento aberto do couro cabeludo da cabeça, que foi suturado e infectado com*

História do Trauma: *queda de "hop" de pé.*

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 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: *Nega dor e sang.*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Bom, sup. e inf. m. de todo, consciente e orientado.

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:

Pulsos dos membros presentes e simétricos. Ferimento do "hop" na cabeça (E), que foi suturado.

Seu parafuso ocular no momento. I n. topi. de p. l. cond. de

Dra. Emacília Galvão
Cirurgia Vascular

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/07/2018 14:22

Nome Paciente: KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/10/1980
Sexo: Feminino
Idade: 37
Senha: E0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/07/2018 14:23 - 10/07/2018 14:24

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

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 15 DIAS, EVOLUI COM DOR + FERIMENTO
INFECTADO COM AREAS DE NECROSE EM PE D
NEGA DM

Observação: SENHA 5466031

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFECÇÃO LOCAL?

Especialidade: CIRURGIA VASCULAR

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 4

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

Data Impressão: 10/07/2018 14:24





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 enfermagem 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: _____

Avenida Getúlio Vargas, s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-080
Fone: 0XX 81.31845800

HGV.1028.V.1.2013.





PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Eucamuihamento

Paciente Kátia Simone Carneiro da Silva, 38 anos, sofreu trauma de moto há \pm 15 dias. Deu entrada hoje com Necrose em Pé Direito, necessitando de Desbridamento. Solicito avaliação e conduta necessária. Grata.

Hospital Getúlio Vargas - Recife
Senha: 5466031.

Dra. Amanda Braga
Médica
CRM-PE 41032
Médico

Data 10 / 04 / 18





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA **REG:** 643142

DATA: 10/07/18

CIRURGIÃO: DRA RENATA HIRSCHLE

1º AUXILIAR: DR. ROBSON (MR2)

2º AUXILIAR: VINÍCIUS (INTERNO - MEDICINA)

ANESTESISTA: ADELAIDE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: NECROSE DE PARTES MOLES NA
REGIÃO DO CALCANHAR DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: LMC + DESBRIDAMENTO

Descrição operatória:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2) ASSEPSIA, ANTISSEPSIA;
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
- 4) VISUALIZADA EXTENSA ÁREA DE NECROSE ÚMIDA EM
CALCANHAR DIREITO, COM SECREÇÃO SANGUÍNEOPURULENTE DE
ODOR FÉTIDO
- 5) REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- 6) LIMPEZA COPIOSA COM SF 0,9%,
- 7) APROXIMAÇÃO DE BORDOS DA LESÃO COM YLON 2-0
- 8) CURATIVO ESTÉRIL;
- 9) OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

**SOLICITO AVALIAÇÃO PELA CIRURGIA PLÁSTICA E PELO GRUPO DE
CIRURGIA DE PÉ ETORNOZELO**

FRANCISCO ROBSON QUEIROZ
MEDICINA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PE 25 357





SUS =

PREFEITURA MUNICIPAL DE FEREIROS
Secretaria de Saúde e Ação Social
Folha de Internação e Alta Hospitalar

Registro Nº _____
Data 10/07/18
Hora 11:18

Unidade de Saúde: mista

Beremiz Gomes Correia

PACIENTE

Nome: Katia Simone Carmeiro da Silva Categoria: _____
Sexo F Idade 38 Cor _____ Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ Profissão: _____
Endereço: Rua São José N: 46
Procedência: Ferreiros

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende: _____ Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: Outro
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data ____/____/____ Hora: ____:____:____
Natureza ☐ Casual ☒ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
do ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
Acidente ☐ Acid. de Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
História da Doença Atual: Paciente com história de Trauma há 15 dias do exame Necrose em calcâneo D.

Ed: Encaminhado para Desbridamento.

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

Senha 5466031 - Getúlio Vargas

Diagnóstico Provisório: _____

[Assinatura]
Recepcionista

[Assinatura]
Dr. Amanda Braga
Médica
CRM-PB 11032
Médico - CREMEPE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas				SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Katia Fumore C da Silva</u>				CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:				Nº DO REGISTRO: <u>643142</u>	
CLÍNICA: <u>ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	PESO:	ALTURA:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fractura de tíbia e fêmur (aberto)</u>			
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>craniopexia</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>10, 7, 18</u>		DATA DA ALTA: <u>25, 7, 18</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				
6	CLÍNICO				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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 </div> <div> PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO </div> <div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div>					
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Fractura de tíbia e fêmur (aberto)</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>ide</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS _____			ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: _____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>Retornar ao ambulatório de traumatologia com 03 dias.</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
<u>25, 2, 18</u> DATA		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM <u>Dr. Carlos R. P. Silva</u> Ortopedia-Traumatologia CRM 15463			
Avenida General San Martín s/n – Cordelino Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81.31845800					

HG.V.1010.V.1.2013.



DR. EUDENILSON J. M. LINS
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA



RECEITUÁRIO MÉDICO

Sra. Kátia Simões de Sousa
da Silva.

LAUDO

Paciente vítima de
acidente de trânsito que
a levou para a Unidade
de Pronto Socorro com
injúria das mãos
e dor crônica no
Coluna Dóctis.
Cid. M79/M25.5

Dr. Macedo Lins
Trauma-Ortopedia
CRM-10558

28/3/19

