



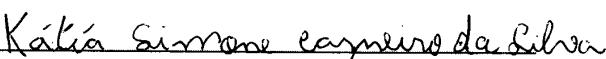
Instrumento Procuratório

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

GILBERTOCORREIA
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 - 12/07/2019 13:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071213382819800000047027695>
Número do documento: 19071213382819800000047027695

Num. 47757760 - Pág. 1



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 parcós rendimentos.//////////

Timbaúba/PE, 08 de julho de 2019.

Katia Simone Carneiro da Silva
KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA

GILBERTO CORREIA

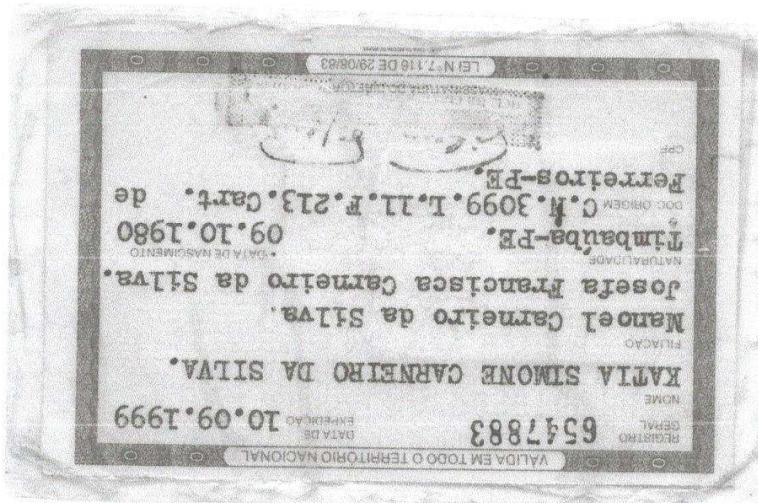
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

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



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 12/07/2019 13:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071213382827200000047027696>
Número do documento: 19071213382827200000047027696

Num. 47757761 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 12/07/2019 13:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071213382837200000047027697>
Número do documento: 19071213382837200000047027697

Num. 47757762 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Kátia Simone Faneiro da Silveira,
RG nº 65.47.883, data de expedição 10/09/99, Órgão SOS-PE,
CPF nº 096.437.844-39, 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>Petramento para</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Fernando</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55880-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99590-1999</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fernando, 10 de Setembro de 2018

Assinatura do Declarante: Kátia Simone Faneiro da Silveira





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 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. 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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
024315481	ÚNICA	17/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/07/2018	2010758168	5223894

FERREIROS/FERREIROS
FERREIROS PE
55880-000

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

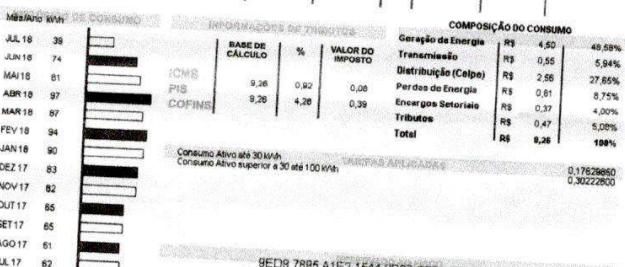
Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Iluminação Pública

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000.000	0,18598688	5,57
9.000.000	0,31880378	2,88
5 331,00		0,63
		0,83

TOTAL DA FATURA

10,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
3010170764		15/06/2018	5.262,00	17/07/2018	5.331,00	32	1.00000	39,00



Pequeno ponto metálico de vocal acústico para sinalização, fixado sobre o painel de instrumentos, que indica se o cliente está dentro ou fora do período de cobrança da tarifa social de energia elétrica. O cliente é compensado quando há violação da tarifa individual ou do nível de fornecimento. Pág. em referência à Resolução ANEEL nº 414/2010. Juros 1% da R\$ 10.438,02. Tarifa Social de Energia Elétrica no prazo, mês trecho do ICMS conforme art. 8º, XLVII, § 2º, II, do art. 1º da Resolução nº 414/2010. Descritivo pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 14,24. O Cliente é considerado devidamente inscrito no descrevendo o prazo de efetivação para os serviços de atendimento.

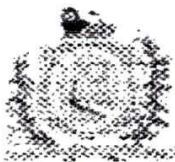
As condições para o fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços e procedimentos e regulamentos se encontram à disposição para consulta, em nossas Unidades de atendimento ou no site www.celpe.com.br



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 12/07/2019 13:38:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071213382845400000047027698>

Num. 47757763 - Pág. 2

Número do documento: 19071213382845400000047027698



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 059ª CIRCUNSCRICAO - FERREIROS - DP59ºCIRC
DINTER1/11ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0149000483

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

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

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

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: 09/10/1980 Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 5547883/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 ORNILO DA SILVA** Data de Nascimento: 22/06/1980 Naturalidade: **FERREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 6050753/SDS/PE (RG)
01638053476 (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 BIZ (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: **PDD2531 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **193615043** Chassi: **SCJJC4829PR519799**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

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



7/8/2018

Briefmatrik: 00000000000000000000000000000000

DESTINO AO CENTRO DA CIDADE, MAS PRECISAMENTE PRA CASA DE SUA GENITORA, QUANDO AO SE APROXIMAR DA IGREJA NOSSA SENHORA DA CONCEÇÃO, 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 CAIDO 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 SEGUINDE 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 CIRURGICA DEVIDO A GRAVIDADE ONDE FICOU INTERNADA POR 15 DIAS, QUE INFORMA A VITIMA QUE O AUTOMÓVEL QUE CAUSOU O ACIDENTE, NÃO PRESTOU SOCORRO E VADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE DIANTE DO EXPOSTO SOLICITA DESTA TODAS AS PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.

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

KATIA SIMONE CARNEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Katia 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: 3811310 - Prefixo da viatura: - Unidade

Operacional: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 55ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55°CIRC DINTER1/11°DESEC

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



Assinado eletronicamente

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 Buril
SDC - CREMERPE 3019
MAT. 0586583

Dr. Tadeu Buril.





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen		<i># Gastropeptite A</i>	
Diagnóstico Inicial:			
<i>Suspeita de apendite e legrá</i>			
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica			
<i>de Glândula Pâncreas</i>			
Exames Solicitados : 1 - Especializados		<i>Opc. Glândula Pâncreas</i>	
Resultado de Exames:		Código Procedimento:	
		Ass. Médico + Carimbo	
Tratamento / Procedimentos:		Código Procedimento:	
		Ass. Médico + Carimbo	
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:			
Evolução de Enfermagem:			
		Ass. Enfermeira + Carimbo	
Diag. Definitivo:			
Definição do Caso:		Condicação de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se		<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Picrado <input type="checkbox"/> Óbito	
Informação do Serviço Social		Assist. Social:	
Confirmação do Nome:			
Confirmação do Endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>		Assist. Social	
Observações:			
Autorização para Alta / Internamento / Transferência			
Médico:		CRM/CRO:	Data:
			Hora:
Termo de Responsabilidade do Paciente			
<p>- 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.</p>			
Data:		Nome completo legível:	
Nº da Identidade:		Assinatura:	
Termo de Responsabilidade do Responsável			
<p>- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.</p>			
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

CPF: RG: 6547883

Cor:

CNS: 708203154761444

Endereço: RUA JULIO VELOSO

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Estado: PE

CEP: 55880000 Fone: 9665-0744

Profissão:

Nome da Mãe: JOSEFA FRANCISCA CARNEIRO DA SILVA

Acompanhante: MARIA JOSE

Nome do Conjugue:

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: *pele sortida de queda de moto ha 15 dias, que foi infectada e ressecada com descolamento, que foi suspenso e ressecado com*

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:					
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>					
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura m					
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por: Transporte Realizado por:					
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por que:					
Observações:	<i>Nenhum ferimento.</i>							

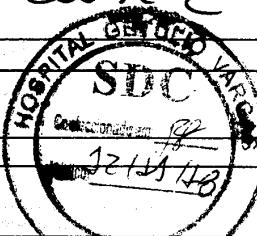
Exame Físico:

A: Geral	Via aérea esta pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: C°
----------	---	---	-----------

*Bom, suspeito de abalo tóxico e
desidratação.*

B: Respiratório

C: Circulatório	PA: X mmHg	Pulso: bpm:
-----------------	------------	-------------



D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
-----------------------	---	--

Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Escore: Hora: Escore: Hora:

12/07/18

*Reflexos dos rins presentes e normais.
Recuo do "jato" em colônias (2), que foi
suspenso.*

*1) Seu passo que ocorreu no momento
2) é importante para o condicionamento do
corpo.*

Dra. Emanuelle 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) -

VERDE - POUCO URGENTE

Prioridade:

VERDE

Cor:

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

Inscriminador(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:

ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/07/2018 14:24



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H O S P I T A L Getúlio Vargas	 FICHA PARA AVAIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA
NOME:	
Nº DO REGISTRO:	SETOR:
DATA DE ADMISSÃO: / /	
ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS. CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.	
<input type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 65 ANOS <input type="checkbox"/> CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS <input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE <input checked="" type="checkbox"/> PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA <input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA <input type="checkbox"/> HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA) <input type="checkbox"/> OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO/ANESTESIA <input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL <input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA <input type="checkbox"/> PACIENTE CIRÚRGICO	
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.	
<input checked="" type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ASSINATURA (ORIENTADO): _____
RECOMENDAÇÕES: <ol style="list-style-type: none"> Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas; Orientar a não trancar portas; Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza; Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios; Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; Estimular o uso de acessórios de apoio; Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; Manter iluminação adequada durante a noite; Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos. <p style="text-align: right;"><i>Assinatura: Majorana da Mota</i></p>	
ENFERMEIRA/COREN: _____	
<small>Avenida General São Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845600</small>	
HGV.1028.V.1.2013.	





PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO

Eucanário hancuto

Paciente Kátia Silvana Carneiro da Silva, 38 anos, sofreu trauma de moto há ± 15 dias. Deu entrada hoje com Necrose em Ré 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 SANGUÍNEOPURULENTA 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 QUATROCA
MÉDICO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM PE 25 357



SUS =		Registro Nº _____
 PREFEITURA MUNICIPAL DE FERREIROS Secretaria de Saúde e Ação Social Folha de Internação e Alta Hospitalar		Data <u>10/07/18</u> Hora <u>11:17</u>
Unidade de Saúde: <u>Mista</u>		
<u>Berenice Gomes Correia</u> Nome: <u>Katia Simone Carmesim da Silva</u> Categoria: Sexo <u>F</u> Idade <u>38</u> Cor _____ Estado Civil: Naturalidade: _____ Profissão: Endereço: <u>Rua São José N: 46</u> Procedência: <u>Ferreiros</u>		
PACIENTE	Pessoa de quem depende: _____ Parentesco: _____	
	Endereço: _____ Fone: _____	
RESPONSÁVEL	Trazido por: <u>O esposo</u> Endereço: _____ Fone: _____	
	Local do Acidente: _____ Data <u>/ / </u> Hora: _____	
OCORRÊNCIA	Natureza <input type="checkbox"/> Casual <input checked="" type="checkbox"/> Acid. de Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio do <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas Acidente <input type="checkbox"/> Acid. de Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão	
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
História da Doença Atual: <u>Reciente com história de Trauma há 15 dias do exame: Necrose em calcaneus D.</u> <u>Ed: Encaminho para Desbridamento.</u>		
ATENÇÃO MÉDICA	EXAME FÍSICO Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____	
	<u>Selha 5466031 - Getúlio Vargas</u>	
Diagnóstico Provisório: _____		
<u>Adriano</u> Repcionista		<u>Dra. Amanda Braga</u> <u>Médica</u> <u>CRM-PB 11032</u> <u>Médico - CREMEPE</u>



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <i>Katia Funke C da fabe</i> NOME DA MAE: CLÍNICA: <i>orçafidio</i> ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>		N° DO REGISTRO: <i>643142</i> CARTÃO SUS: _____		
MÓTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Ferimento extenso esfomeado</i>				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>curvaço</i>				
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):				
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>10, 7, 18</i>		DATA DA ALTA: <i>25, 7, 18</i>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID: _____	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGÃO			
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO			
3	2º AUXILIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS				
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS <i>Ferimento extenso esfomeado</i>				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>ide</i>				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:				
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>Retornar ao ambulatório de traumatocirurgia com 8 dias.</i>				
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados corretamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente				
<i>25, 2, 18</i> DATA		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM <i>Dr. Carlos R. Choperena Sumaré CRM 15/463</i>		
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845600				
HGV.1010.V.1.2013.				



DR. EUDENILSON J. M. LINS
ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA



RECEITUÁRIO MÉDICO

*José Kestia Simeone Lins
da Silva.*

LAVADO

*Paciente vítima de
acidente de moto que
ocorreu de manhã que
o paciente não lembra
de factos nenhuns com
infecção das mamas
e dor leves nas
balanças direitas.
Cid. M 99 / M 25.5*

*Dr. Macedo Lins
Trauma Ortopedia
CRM-10558*

28/3/19

