

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WALDECK BEZERRA SALES, brasileira, portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº. 2.685.721-SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 372.905.504-63, residente e domiciliado(a) na rua Mário Gomes, Nº 149-B-Dois Unidos-Recife-PE – CEP: 52.160-150.

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947, **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, Identidade sob o nº 18.533 MT/PE, estagiário de direito, todos com endereço na Rua Helena de Lemos, 330, Sala 102, Ilha do Retiro/Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa**, podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, 12 de abril de 2019.

Waldeck Bezerra Sales
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **WALDECK BEZERRA SALES**; declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, ____ de _____ de 2019.

Waldeck Bezerra Sales





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.685.721 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/03/2012

NOME << WALDECK BEZERRA SALES >>

FILIAÇÃO << WALDEMIRO ALVES DE SALES >>
<< MIRIAM CAVALCANTI SALES >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 18/06/1962

CPF 0096055 31 RECIFE-PE >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

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 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDINETE BEZERRA SALES DA CRUZ
MCID039P03

CPF 788.005.554-87 NIS: 12531345773
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
3162907465 12/01/2018 12/01/2018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIO GOMES 148-B

DUAS UNIDADES/RECIFE
RECIFE-PE

CONTA CONTRATO NEMANO
DATA 12/01/2018 DATA 12/01/2018
DATA 12/01/2018 DATA 12/01/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

16,99

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,16953113	5,09
41,00000000	0,29062480	11,91

TOTAL DA FATURA DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
3162907465	CAT	12/01/2018	8.908,99	08/02/2018	8.779,81	27	1,00000	71,00

HISTÓRICO DE CONSUMO				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mês/ano kWh	ICMS	PIS	COPINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		Descrição	Valor	Porcentagem	
FEV 16 71				16,99	0,51	0,09		Geração de Energia	5,09	29,96%	
JAN 18 77								Transmissão	0,00	4,12%	
DEZ 17 78								Distribuição (Celpe)	5,72	33,57%	
NOV 17 51								Perdas de Energia	1,72	10,12%	
OUT 17 69								Energia Setorial	1,70	10,61%	
SET 17 84								Tributação	0,00	0,00%	
AUG 17 85								TARIFAS APLICADAS	16,99	100%	
JUL 17 106											
JUN 17 264											
MAI 17 180											
ABR 17 174											
MAR 17 207											
FEV 17 179											

Na data da leitura a tarifa em vigor é a Tarifa Social de Energia Elétrica. Para saber mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) ou a Agência de Regulação de Energia Elétrica (ARCEL).
De acordo com a Lei 10.438/03, a Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores de energia elétrica que possuem renda familiar mensal inferior a 3 salários mínimos.
O consumidor deve estar cadastrado no sistema de cadastro único do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
O consumidor deve estar cadastrado no sistema de cadastro único do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Comunicamos o não pagamento de suas contas de energia elétrica.

Vencido	Dívida	Valor	Vencido	Dívida	Valor
22/01/18	22/01/18	22,00			

Em caso de não pagamento do débito, o consumidor poderá ser suspenso. Entre em contato com a Celpe para mais informações.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

048-610027465-9

17/Fev/2018

HORA DE 11:48:34

LOT. 15.14381-8
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0048

TERM 020224

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 16,99

838200000002 169900110078
017622301106 158007910230

048-610027465-9

12 VIA



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 07/05/2019 16:54:54

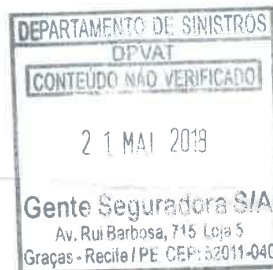
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050716545428500000044086328

Número do documento: 19050716545428500000044086328

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VANIA BEZERRA SALES,
RG nº 8260708, data de expedição 08/08/2012
Órgão SDS, portador do CPF nº 091.864.644-85, com
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- MARIO GOMES, nº 349,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WALDECK BEZERRA SALES cujo o condutor era
HEBERT ALBERT ANDRE DA SILVA

Veículo: MOTO HONDA
Modelo: CG FAN 160 CC
Ano: 2017/2018
Placa: PCV-6733
Chassi: 9C2KC2200JR128154
Data do Acidente: 23-02-2018
Local e Data: 04-05-2018 Recife



Vania Bezerra Sales
Assinatura do Declarante

Hebert Albert Andre da Silva
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 015ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTO DO PASCOAL - DIM/5ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0105000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/04/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **25/2/2018** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 01, AV. HILDEBRANDO DE VASCONCELOS**, - Bairro: **DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓX. AO TERMINAL DE ÔNIBUS DE DOIS UNIDOS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
VANIA BEZERRA SALES (OUTRO)
HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (OUTRO)
WALDECK BEZERRA SALES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

WALDECK BEZERRA SALES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MIRIAM CAVALCANTI SALES** Pai: **WALDEMIRO ALVES SALES** Data de Nascimento: **18/6/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2685721/SDS/PE (RG), 37290550463 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 988456178**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VANIA BEZERRA SALES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUZETE ANDRE DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/5/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6665793/SDS/PE (RG), 07892976477 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 987303415**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE DOIS UNIDOS (BAIRRO), 149, RUA MARIO GOMES - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

sds.pe.gov.br/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=105&idOc=7047510&nroBO=18E0105000832&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE%20D

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 07/05/2019 16:54:54

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050716545428500000044086328>

Número do documento: 19050716545428500000044086328

23/04/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANIA BEZERRA SALES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6733** (PERNAMBUCO/RECIFE)

Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Descrição: **160 CC/ FAN**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA, QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA (HONDA/CG/FAN/160 CC/PLACA: PCV-6733) DE PROPRIEDADE DA SR(A)VANIA BEZERRA SALES, QUE ESTAVA NA POSSE E SENDO PILOTADA PELO SR(O)HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA, QUANDO O PNEU DIANTEIRO " DERRAPOU" LEVANDO OS MESMOS AO SOLO. COMO RESULTADO DO ACIDENTE, A VÍTIMA OBTVEVE FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CONDUTOR DA MOTOCICLETA PARA POLICLÍNICA CAMPINA DO BARRETO,REGISTRO (4226), FICANDO NESTA INTERNADO (02) DIAS, E LOGO DEPOIS, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SOB N° DE PRONTUÁRIO (1077898). ASSIM, DAR CIÊNCIA A ESTA DP.

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



WALDECK BEZERRA SALES

(VITIMA)

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

(OUTRO)

B.O. registrado por: **UBERDAN DE MENESES MATOS JUNIOR** - Matrícula: **319693-3**

Registro Nº

4226

Hora:

23:55

Recepcionista

Vera

Unidade de Saúde

169

Distrito Sanitário:

Data

25/02/14

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome:

Valdeque Bezerra Jôls

Data de Nascimento

19.06.62

Sexo:

M - Masc () F - Fem () I - Ignorado

Raça/Cor:

☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☒ 3-Amarela ☐ 4-Amarela ☐ 5-Indígena

Estado Civil

Escolaridade:

Profissão:

Endereço

Número

149

Complemento:

CEP

Município

Município

UF

Meio de Transporte:

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

UF

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Veículo: Automotivo ()

Ônibus ()

Moto ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

Tipo de proteção:

Cinto ()

Sim ()

Não ()

Ignorado

Tipo de acidente:

Colisão ()

Capotagem ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

Tipo / Voltar do trabalho:

Sim ()

Não ()

Ignorado

ACIDENTE DE TRABALHO

Tipo de acidente:

Civil ()

Indústria ()

Agricultura ()

Comércio ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

Tipo de trabalho:

Orgão

Endereço:

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Tipo de acidente:

Queda Acidental ()

Afogamento ()

Queimaduras ()

Choque Elétrico

Qual?

Ignorado

AGRESSÃO

Tipo de arma:

Arma de Fogo ()

Arma Branca ()

Espancamento ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

Tipo de agressão:

Assalto ()

Briga ()

Ação Policial ()

Agressão Sexual ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Tipo de arma:

Arma de Fogo ()

Enforcamento ()

Drogas ()

Queda do Nível ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Tipo de local:

Domicílio ()

Ambiente de Trabalho ()

Escola ()

Outro ()

Qual?

Ignorado

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:

Observações:



70 + deficiente +

D. Exame Neurológico:

Frente pelo (4)

E. Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

1x Pelo (4) AP/PA

Tratamento / Procedimentos:

Exame com radiografia

Exame apêndice radiografia

Tele radiografia

50/60 mm. Social
ulceras de
aprox. 2x
1x no dorso

VAT 01/02/13
SAT

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

AO 116 V

perlo 50 + 12 + 5

Data:

Assinatura Conselho N°

Diagnóstico Definitivo:

Exame apêndice radiografia

☒ Alta Melhorado

☐ Internamento

☒ Transferência

☐ Óbito

Transferido para:

Médico:

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:



Exponho das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos, cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se for necessários.

Data: / / Nome Completo Legível

Via de Encaminhamento:

Assinatura:



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas 		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Waldemar Siqueira Jales</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>107 7898</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta rádio do 2º E</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>26, 02, 18</u>		DATA DA ALTA: <u>27, 02, 18</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID: CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Fabiano Campos</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Henrique Vianna</u>	
3	2º AUXÍLIO 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 TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
<u>paciente em bom estado de</u> <u>tratar o membro E</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta rádio do 2º E</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:	
<input type="checkbox"/> OUTROS			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO): <u>atender em ambulatório 40 dias</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
<u>27, 02, 18</u> DATA		<u>Dr. Carlomaro Maciel</u> Ortopedia CRM-PE 12978 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX.81.31845600

HGV 1010 V.1.2013.



018220218 035 85 37 118



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: WALDECK BEZERRA SALES

1. Ocorrência da Emergência: 547849

1.1 - Atendimentos em: 26/02/18

1.2 - Às 03 horas e 16 minutos.

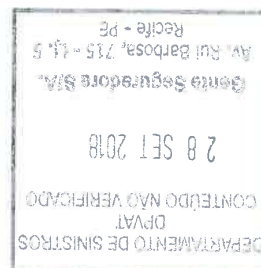
1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1077898

2.1 - Internado em: 26/02/18

2.2 - Alta em: 27/02/18



3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 26/02/18 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

5. Observação: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA.

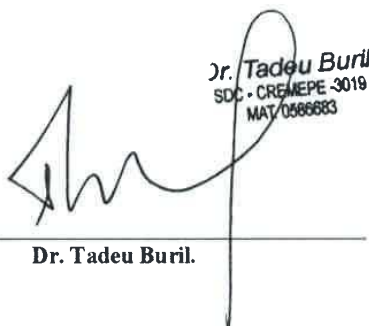
DATA: 6.8.2018

HORA: 10:17:39

PASTA: 01.08.2018

TB

RS


Dr. Tadeu Buril.
Jr. Tadeu Buril
SDC - CREMEPE 3019
MAT 0886683





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: WALDECK BEZERRA SALES REGISTRO: 1077898

Data da operação: 26/02/2018

Operador: DR GABRIEL CAMPOS

1º auxiliar: DR. HERISON VIANA (MR2)

2º auxiliar: DR. SILVIO CONTE (MR1)

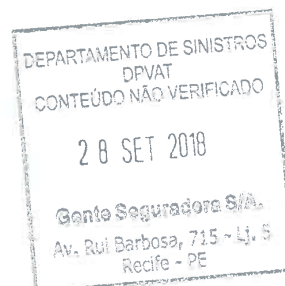
Anestesista: DRA LUAR

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL
ESQUERDO

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE
RADIO DISTAL ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis operatórios;
- 4) Vizualizado ferimento em face medial de antebraço esquerdo de + - 4 cm
- 5) Limpeza com SF 0,9%
- 6) Redução fechada de fratura de rádio distal esquerdo;
- 7) Fixação percutânea com 03 fios de kirshner de 1.5;
- 8) Confirmado redução satisfatória em fluoroscópio;
- 9) Sutura com NYLON 2-0
- 10) Curativo estéril;
- 11) Confeção de tala gessada axilo-palmar em membro superior esquerdo;
- 12) Boa perfusão distal.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 547849

Prontuário: 1077898

Nome: WALDECK BEZERRA SALES

Data Nasc.: 18/06/1962

Idade: 55

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 268721

CNS:

Endereço: RUA MARIO GOMES

Bairro: DOIS UNIDOS

Cidade: RECIFE

CEP: 52160150

Fone: 88912407

Profissão:

Nome da Mãe: MIRIAM CAVALCANTI SALES

Acompanhante: VALDINETE

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5371275 POLICL, AMAURY COUTINHO (QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM FRATURA EXPOSTA EM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 26/02/2018 HORA: 03:16 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Queda da própria altura em 25/02/18 às 23:30h, com fratura exposta do fêmur distal do membro direito (E). EF: Pupílas e neurologia preservadas.

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: 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:

Exame Físico:

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

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmm 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:

ECG 15





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Intussus
Fx Externa do Válio distal

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

CD: 1 - Citologia 2g + Am 2g

Exames Solicitados : 1 - Especializados

2 - SAT 5200 - 1amp Im R-X

Resultado de Exames:

3 - Ao Bloq cirúrgico

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

2018

Dr. Lygia A. Aguiar

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ 1.5 Motivo:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Evolução de Enfermagem:

28 SET 2018

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Gente Seguradora S/A.

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

☐ Curado
☐ Inalterado
☐ Óbito

☐ Melhorado
☐ Piorado

Informações Sociais:

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

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

Assist. Social

Observações:

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 do Responsável:

- 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: 26/02/2018 03:16 h EDILENERS

impressão: 26/02/2018 03:16 h EDILENERS

Médico





Laços Médicos

Paciente Waldeck Bezerra Sales, 56an,
for sintomas e tratamento ambulatorial
e fratura exposta no mão distal (E)
benéfico e cura a mão (sic) há cerca
de 05 meses, no Hospital Getúlio Vargas.
Não houve movimento parcial de AD-
R-HO (E), necessitando fraturas para
melhora funcional.

No momento, impossibilitado no
trabalho devido a limitação funcional.

CID: S52.5/M19.2/T92.2

05/10/18

Av. Presidente Kennedy, 1556 - Peixinhos, Olinda PE
(81) 3012.5311 contatoamep@gmail.com

Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, das 07 às 17h.

Dr. Victor Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 22961 / TEO 145788





Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



A A A

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)[\(/Pages/Atalhos-](#)[como PEDIR INDENIZAÇÃO](#)[Teclado.aspx\)](#)

Documentos Despesas Médicas

[\(/Pages/Documentacao-](#)[Despesas-Medicas.aspx\)](#)

Documentos Invalidez

Permanente

[\(/Pages/Documentacao-](#)[Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

Documentos Morte

[\(/Pages/Documentacao-](#)[Morte.aspx\)](#)

Dicas Indispensáveis

[\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento, prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega.

SINISTRO 3180455952 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WALDEK BEZERRA SALES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEG

BENEFICIÁRIO WALDEK BEZERRA SALES

CPF/CNPJ: 37290550463

Posição em 27-02-2019 20:22:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor do processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

[\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/10/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvEiwaiu0U24q
02/10/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvEiwaiu0U24q

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguropdvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>