

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 quitacão, 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)



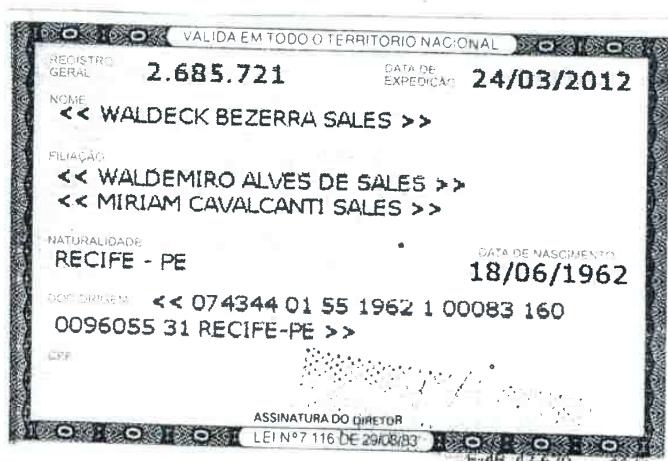
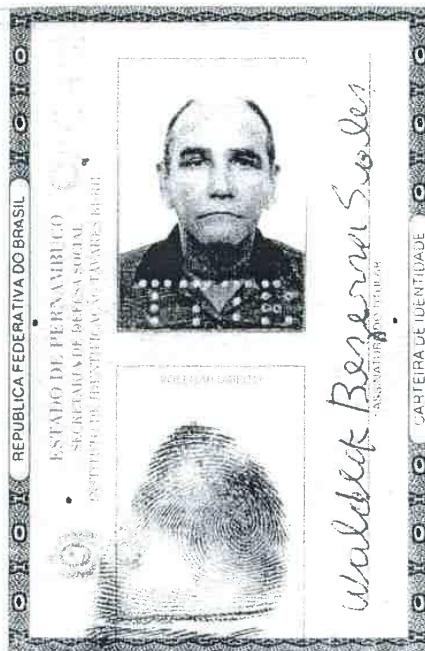
DECLARAÇÃO DE POBREZA

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.

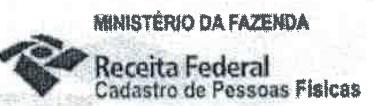
Waldeck Bezerra Sales





Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 07/05/2019 16:54:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050716545428500000044086328>
Número do documento: 19050716545428500000044086328

Num. 44759345 - Pág. 3



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

372.905.504-63

Nome

WALDEK-BEZERRA SALES

Nascimento

18/06/1962

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 07/05/2019 16:54:54
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050716545428500000044086328>
Número do documento: 19050716545428500000044086328

Num. 44759345 - Pág. 4

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JANIA BEZERRA SALES,

RG nº 8260708, data de expedição 09/08/2012
Órgão SOS, 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 PA S A, 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 ALPERT ANDRE DA SILVA

Veículo: MOTO HONDA

Modelo: CG FAN 160 ECE

Ano: 2017/2018

Placa: PCV-6733

Chassi: 9C2KC2200JR128154

Data do Acidente: 23-02-2018

Local e Data: 04-05-2018 Recife



Jania Bezerra Sales
Assinatura do Declarante

Hebert Alpert 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/5ªDESEC**

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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071654542850000044086328>
Número do documento: 1905071654542850000044086328

Num. 44759345 - Pág. 7

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 OBTEVE 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

WALDECK BEZERRA SALES

(VITIMA)

HEBERT ALPERT ANDRE DA SILVA

(OUTRO)

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

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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905071654542850000044086328>

Número do documento: 1905071654542850000044086328

Num. 44759345 - Pág. 8

FECHA DE ACOMPANHAMENTO DE URGÊNCIA



Reg. str. N°

4226

Hora: 22:55

Recepção

Unidade de Saúde:

Distrito Sanitário:

Data:

25/02/2016

13/2
0396

Vera

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: *Valdegene Bezerra Soárez*
 Data de Nascimento: *18/06/62* Sexo: *M* - Masc. () F - Fem. () I - Ignorado
 Raça/Cor: 1-Branca 2-Preta 4-Amarela 5-Indígena

Estado Civil: *casada* Escolaridade: *Ensino Fundamental* Profissão: *funcionária*

Endereço: *Alânia Gomes 49* Número: *49* Complemento: *CEP:*

Bairro: *Centro* Cidade: *Recife* Estado: *Pernambuco* UF: *PE*

Local de Trabalho: *Centro Administrativo da Capital* Endereço: *Alberto Góes 1830* Número: *1830* CEP: *54000-000*

Meio de Transporte: *carro*

472

Dr + deh dde filha (9)

foi ST 30 qd- l- fijo d Le

Levei a filha das: Sim () Não () Não trouxe o cartão ()

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Colidiu com Automóvel ()	Ônibus ()	Moto ()	Outro ()	Qual? ()	Ignorado ()
Colidiu com protetor ()	Carro / CDI / picape ()	Sim ()	Não ()		
Acabou com atropelamento ()	Colisão ()	Capotagem ()	Outro () Qual? ()		
Tempo / voltarço do trabalho:	Sim ()	Não ()			

ACIDENTE DE TRABALHO

Organismo: Capital Civil ()	Indústria ()	Agricultura ()	Comércio ()	Outro () Qual? ()	Ignorado ()
Local de trabalho: Orgão ()		Endereço:			

OUTRO TIPO DE ACIDENTE

Incêndio / Explosão ()	Queda Acidental ()	Afogamento ()	Queimaduras ()	Choque Elétrico ()
Outro ()				Ignorado ()

AGRESSÃO

Por Arma de Fogo ()	Arma Branca ()	Espancamento ()	Outro () Qual? ()	Ignorado ()		
Atado ()	Assalto ()	Briga ()	Ação Policial ()	Agressão Sexual ()	Outro () Qual? ()	Ignorado ()

AUTO AGRESSÃO () / SUICÍDIO ()

Arma de Fogo ()	Enforcamento ()	Drogas ()	Queda de Nível ()	Outro () Qual? ()	Ignorado ()
------------------	------------------	------------	--------------------	---------------------	--------------

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Residência ()	Comunidade ()	Ambiente de Trabalho ()	Escola ()	Outro () Qual? ()	Ignorado ()
----------------	----------------	--------------------------	------------	---------------------	--------------

Observações:

Exame Físico

Exame Físico

Geral Peso

Estatura:

Temp:

°C

Exame Físico

Suspiração



D. Exame Neurológico:

Do + abdome +
Femur flexo (Q)

E. Abdome

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

Mels (Q) Al/Ped

Tratamento / Procedimentos:

Frisse om redos (x)

Frisse aperte redos (x)

Spine. Scolio
Vertebral & S
Riposo de
Perna direita

Tela coligida

VAT com m
SAT

Wagner Carneiro
Ortopedia
CRM/PE 15243

Ao N60
fundo P+12+S

Assinatura Conselho N°

Para:

Diagnóstico Definitivo:

Frisse aperte redos (x)

Ata Melhorado

() Internamento

() Transferência

() Óbito

Transferido para:

Médico:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento:

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

Nome _____ Nome Completo Legível _____

Assinatura _____

Assinatura _____



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=1905071654542850000044086328>
Número do documento: 1905071654542850000044086328

Num. 44759345 - Pág. 10



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



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <i>Waldick Bezerra Jales</i>		02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <i>107 7888</i>	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:		PESO:	ALTURA: SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Fratura exposta radio distal E</i>				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Tratamento exposta</i>				
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):				
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>26/02/18</i>		DATA DA ALTA: <i>23/02/18</i>		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGÃO	<i>Dr. John P. Carvalho</i>		
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO	<i>Dr. Henrique Viana</i>		
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 OXIGÉNIO	<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 TERAPÉUTICOS REALIZADOS <i>Parâmetros normais de trans e pulos E</i>				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>Fratura exposta radio distal E</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		ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <i>Urgente para fisioterapia metade da ambulatório 00888</i>				
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente				
DATA <i>27/02/18</i>		<i>Dr. Carvalho Maciel Ortopedia CRM-PE 12978</i>		
MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM				
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845600				
HGV 1010 V.1.2013.				



035 85 37 118



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

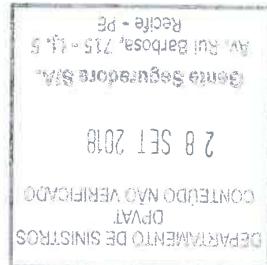
NOME: WALDECK BEZERRA SALES

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
SDC - CREMEPE 3019
MAT/0566683





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 RÁDIO DISTAL ESQUERDO

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

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio de plexo braquial;
- 2) Assepsia + antisepsia;
- 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) Confecção 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

CPF: RG: 268721

Sexo: MASCULINO

Cor:

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 Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Acidente de Trabalho: Sim Não

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

Queixa Principal / HDA:

Queda de próprio ofício em 25/02/18 às 23:30H, com fratura exposta do fêmur distal do rádio (E). EF: perfurou e neurologicos preservados.

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"/>	Tipo:		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"/>	Tipo:		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:

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°
----------	---	---	-----------

SEG

B: Respiratório

Espasmos

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

ECG

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

ECG 15



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

E: Abdômen

Juxante

Diagnóstico Inicial: *Fx lhxante ou Vzto distal E*

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

C1: 1- Cefalotina 2g + Anse 60

Exames Solicitados : 1 - Especializados

2- SAT 5000 - naup fm R-.

Resultado de Exames:

3- Ao Bloco cirúrgico

Código Procedimento:

DE SINISTRO
AT
VERIFICADA

Tratamento / Procedimentos:

2018

Dr. L. Aguiar
MÉDICO
CRM/PE 2428

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

28 SET 2018

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Gente Seguradora S/A

Definitivo:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta Pedido Evadiu-se

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Informações:

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos: Assist. Social

Observações:

Autor:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Pessoal:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade Pessoal:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

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

Médico





Larva medo

Paciente Walace Batista Soares, 56 an,
for dentista e tratamento endodontico
e fratura exposta na raiz central (E)
descolado e com a raiz (sic) há cerca
de 05 meses, no Hospital Getúlio Vargas.

Revisão recente feita no AD-
R-HO (E), removendo fragmentos
matos para melhora funcional.

No momento, é solicitado ao
trabalho avançar e unir o fracion.

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

05/07/18

Av. Presidente Kennedy, 1556 - Peixinhos, Olinda PE
(81) 3012.5311 contatoamep@gmail.com
Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira, das 07 às 17h.

Vítor Albuquerque
Ortopedia / Traumatologia
CRM 22981 / TEO 115788





(1)



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



A A A O
[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)



DÉMO 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.

PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)

Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
[\(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

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 pode ser consultado no 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

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/10/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvEiwalu0U24q)
02/10/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvEiwalu0U24q)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)