

## Instrumento Procuratório



Outorgante: **ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, inscrito no RG, sob o nº. 8.616.749 SDS-PE inscrito pelo CPF nº. 099.004.874-86, residente e domiciliado na Rua Sebastião Prudêncio, nº 20, Cauéiras, Aliança-PE.

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 estabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 09 de abril de 2019.

Antonio Oliveira da Silva  
ANTONIO OLIVEIRA 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 - 28/05/2019 14:42:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052814424535900000045137425>  
Número do documento: 19052814424535900000045137425

Num. 45833094 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



**ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, inscrito no RG, sob o nº. 8.616.749 SDS-PE inscrito pelo CPF nº. 099.004.874-86, residente e domiciliado na Rua Sebastião Prudêncio, nº 20, Cauéiras, Aliança-PE. **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, 09 de abril de 2019.

Antônio Oliveira da Silva  
ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

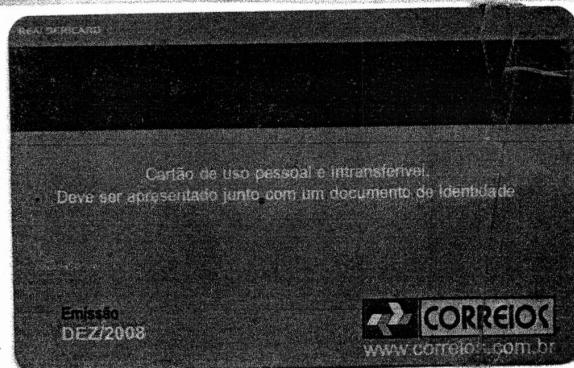
**GILBERTO CORREIA**  
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

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 - 28/05/2019 14:42:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052814424544600000045137427>  
Número do documento: 19052814424544600000045137427

Num. 45833096 - Pág. 1



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1377301891

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  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvitória 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!  
MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRADATA DE VENCIMENTO  
**16/01/2019**DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCALCONTA CONTRATO  
**1161088010**ENDERECO  
RUA SEBASTIAO PRUDENCIO 20 -  
CAUEIRAS/CAUEIRAS -55890-000  
ALIANCA PE -TOTAL A PAGAR  
**R\$ 36,83**DATA DA APRESENTAÇÃO  
09/01/2019  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
045882714CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1PERÍODO CONSUMO  
12/12/2018 a 09/01/2019CONSUMO  
47

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 8,45

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO  
1161088010MÊS/ANO  
01/2019TOTAL A PAGAR  
R\$ 36,83VENCIMENTO  
16/01/2019TALÃO DE PAGAMENTO  
Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838800000003 368300110012 161088010102 153418182938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUNSCRIÇÃO - FERREIROS - DP59ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0149000677**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2018** às **15:54**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **12/10/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 1, BR 408 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A CHURRASCARIA - TIMBAUBA**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**GICELIO JOSE DA SILVA ( OUTRO )**  
**ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GENI OLIVEIRA SILVA** Pai: **MANOEL JOSE DA SILVA** Data de Nascimento: **4/7/1950** Naturalidade: **ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8616749/303/PE (RG), 09900487486 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ALIANCA, 1, DISTRITO DE GAUEIRAS - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE GAUEIRAS - ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GICELIO JOSE DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10150691431 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GICELIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

**ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UN)IDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **PFL8406** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **331608574** Chassi: **9C2RC4310B257676**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CB 300R**



**Complemento / Observação**

RELATA A VITIMA QUE PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA COM DESTINO ADMUNICÍPIO DE TIMBAUBA., QUANDO UM CARRO NO SENTIDO CONTRÁRIO, ULTRAPASSOU UM OUTRO QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO, DEVIDO O SUSTO, O MESMO DESVIOU A SUA MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, ONDE VIER A COLIDIR COM UMA PLACA DE SINALIZAÇÃO VINDO ACIMA . SENDO SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU PARA O HOSPITAL MAIS PRÓXIMO, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, ONDE FOI SUBMETIDO AOS EXAMES DE PRAXES, ONDE CONSTATOU QUE O MESMO HAVIA SOFRIDO FRATURAS NAS DUAS PERNAS, DEVIDO A GRAVIDADE O MESMO FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICAS.

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

**ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA** x *Antonio Oliveira da Silva*  
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **LEONARDO JOSE DA SILVA**

Cargo: **COMISSÁRIO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **3811310** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **DELEGACIA DE POLÍCIA DA 059ª CIRCUINTSRIÇÃO - FERREIROS - DP59ºCIRC DINTER1/11ºDESEC**

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



## SINISTRO 3190078765 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SAFETY**

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

**BENEFICIÁRIO** ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 09900487486

### Posição em 03-04-2019 14:13:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

20/03/2019 R\$ 3.307,50 R\$ 0,00 R\$ 3.307,50

<b>2. Vias Aéreas</b>		<b>3. Respiração</b>		<b>4. Ausculta Pulmonar</b>		<b>Achados:</b>	
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Estertores D/E	<input type="checkbox"/> Hálito Etílico	<input type="checkbox"/> Hemoptise	
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Eupnélico	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Roncos/Sibilos D/E	<input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo		
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Secreção	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> MV diminuídos D/E	<input type="checkbox"/> Crepitação		
		<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Gasping	<input type="checkbox"/> MV ausente D/E	<input type="checkbox"/> Sangramento		
		<input type="checkbox"/> IOT	<input type="checkbox"/> Não realizado		<input type="checkbox"/> Outro		

<b>5. Pele</b>				<b>6. Ausculta Cardíaca</b>	<b>7. Exame Neuroológico</b>
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Descorada	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofonese
<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Clamótica	<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Ausculta
Perfusão	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Clamótica	<input type="checkbox"/> Não realizado	

**7. Exame Neuroológico**  Normal /  Agitação /  Convulsão /  Sonolência /  Obrubilhão **Afast:**  Sim  Não  
**Otomegias:**  D  E / **Otros de Guaxinim:**  D  E / **Balan:**  D  E / **Déficit motor:**  MSO  MID  MSE  MIE  
**Rigidez de nuca:**  Sim  Não / **Pupilas:**  Isocônicas  Anisocônicas **Motivas:**  Motivas  Midriticas  Reagente  Não reagente

**Ginecol/obstétrica:** G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ /IG: \_\_\_\_\_ **Trabalho de Parto:**  Sim  Não  
**Contrações:**  Não /  sim: **Óraca:**  Moderada  Forte nº: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ min. **Bolsa rota:**  Sim  Não  
**Toque:** \_\_\_\_\_ cm/dilatação.  Abortamento  Hemorragia vaginal  Outros  
**RN:**  Vivo  Morto  Dequi placente **Apgar 1º:** \_\_\_\_\_ **2º:** \_\_\_\_\_

### Achados do Exame Físico

Cabeça: \_\_\_\_\_

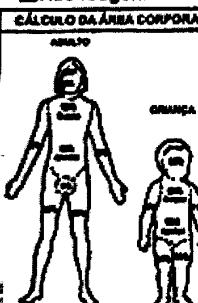
Pescoço: \_\_\_\_\_

Tórax: \_\_\_\_\_

Abdômen: \_\_\_\_\_

Pélvis: \_\_\_\_\_

Extremidades: \_\_\_\_\_



### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Guodel Nº	<input type="checkbox"/> Másc. O2	L/min.	<input type="checkbox"/> Monitoriz. cardíaca	<input type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> EGD
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Catéter O2	L/min.	<input type="checkbox"/> Desfibrilação	<input type="checkbox"/> Cardioversão	<input type="checkbox"/> Aquecimento	<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia
<input type="checkbox"/> IOT nº	<input type="checkbox"/> Ventilação c/Ambú		<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Cintivo	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	
<input type="checkbox"/> V.M - Modalidade:			<input type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	<input type="checkbox"/> Outros:	
<input type="checkbox"/> Compressão Torácica	<input type="checkbox"/> OEA		<input type="checkbox"/> Imobilização:	<input type="checkbox"/> MMSS / <input type="checkbox"/> MMII		

### Prescrição Médica:

### Relatório de Enfermagem/ Médico

de queixa de mal de apneia, com episódios de embolias que com obstrução de respiração com 99.5% de saturação, com alergia dia Vltor e Sibilo, com obstrução de respiração com 99.5% de saturação.

Andréia  
Enfermeira de Enfermagem  
CRM: 245079

### Durante o Transporte:

**Recusa de atendimento:** Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome: \_\_\_\_\_ Doc: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Doc: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

RCO: 1111111111111111

Encaminhado: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_ Nome/carmimbo do Médico ou Enf. Resp. \_\_\_\_\_ Médico

Removido por outros Quem? \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ CRM: 311111

Não removido: Méd. Regulador Resp.: \_\_\_\_\_ Orientação no local. Méd. Regulador Resp. \_\_\_\_\_

**Óbito no local:**  PCR associado a \_\_\_\_\_  Rrigidez cadavérica  Livor mortis  Docaptação  Carbonização  Hemí corpo

Méd. Regulador Resp.: \_\_\_\_\_ Fornecido Constatação / Declaração de Óbito:  sim  não

**Hipótese(s) Diagnóstica(s):** \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

**PERTENÇES DO PACIENTE** \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DOC: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL** \_\_\_\_\_

**Avaliação da Ocorrência (entre a equipe)**  Regular  Bom  Ótimo

**Equipe de atendimento** Téc. Enfermagem: Andressa Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Condutor: Andressa COREN: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Scanned with CamScanner



## FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 12/10/18

HORA: 18:25

## 1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO N° DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 114

Nome: Antônio Oliveira da SilvaCartão SUS: N.º Sexo: M Data Nasc: / / Idade: Nome da mãe: Genir Oliveira da SilvaLogradouro: R. José Correia Nº 35Complemento: casa Bairro/Localidade: CaueirasMunicípio: Fluianga UF: PE Telefone: ( ) N.º

Rubrica do Colaborador:

Fatia

## 2- ANAMNESE:

Vítima de acidente de moto + TCE  
+ Fratura de braço direito + Esquardo

3- SSVV: T \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ F.R: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

## 4- EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) Laboratório ( ) Radiológico ( ) ECG ( ) Outros

## Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: ( ) Medicação ( ) Observação ( ) Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora 1/1 às 18: h. Alta referido para USB ( )

( ) Óbito ( ) Outra Unidade de Urgência ( ) Especialidade

## 5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Fco. Gleason G. Feijó  
Médico  
CREMEPE 21446

- SF a g. 500ml É

- Flumal 1amp + 1amp de

- SF a g. 1/3

- Cloridr. 2g TAD É

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbaúba - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00005-67 TEL: (81) 3631 0443

H.C. - 983312

Data: 16/11/2018

COD. 0340

5823

Scanned with CamScanner

UPA24h



### BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino:

Hospital - Timbaúba + pronto-socorro

Paciente:

AT.000 CLINIM DO SIST

5533310

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Senha:

Anamnese:

Uma d. de d. d. d.

respir. + t. + F. +

respir. r. r. d.

respir. r. r. d.

Exame Físico:

BP: 110/70 (60%)

SpO2: 96

FC: +, F. d. d.

Hipótese: Diagnosticada

\_\_\_\_\_

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Médico

Fco. Gledson G. Feijo

Médico

CREMEPE 21446

Data:

12/10/19

Br 408 Km 29- Loteamento Araruna  
Cep:55870-000 Timbaúba-PB Tel: 3631-0443





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

GOVERNO DE  
Pernambuco

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1651796	ATENDIMENTO: 01039295
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/1990	FOI ATENDIDO EM: 12/10/2018 ÀS 20:46	
	DATA DA ALTA: 23/10/2018 ÀS 18:54	

**Diagnóstico Provável:**

- 1) FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA (CID10: S82)
- 2) FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA (CID10: S82)

**Tratamento Realizado:**

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MID NO DIA 16/10/18 POR DR ALEXANDRE GALVÃO  
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MIE NO DIA 19/10/18 POR DR ALEXANDRE ANDRADE

**Observação:**

- 1) XARELTON 10MG - 01CP POR DIA - POR 30 DIAS
- 2) ANALGESIA E ANTIBIÓTICO PARA CASA
- 3) USAR CADEIRA DE RODA ATÉ REAVALIAÇÃO MÉDICA NO RETORNO
- 4) CURATIVOS DIÁRIOS
- 5) RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS
- 6) AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS/ACADEMICAS POR 30 DIAS

**Encaminhado para:**

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. ALEXANDRE GALVÃO NO HR COM 3 SEMANAS  
AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. ALEXANDRE ANDRADE NO HR COM 3 SEMANAS

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº.26524

Recife, 23, OUTUBRO ,2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

Scanned with CamScanner





## RECEITUÁRIO

Pl. Antônio Oliveira da Silva  
Jando

Pact Vítima acidente de moto no dia 12/10/2018. apresentando Fratura fechada de tíbia proximal e Fratura multifágica de pé bilateral, fez uso de tratamento conservador e cirúrgico evoluindo com sequelas e defc. com dor crônica.

107/0011 11/11/2018

---

Praça Cláudio Gueiros s/n - Centro - Timbaúba-PE  
Fone: (81) 3631.2071 - e-mail: saude@timbauba.pe.gov.br



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 28/05/2019 14:42:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052814424590100000045137434>  
Número do documento: 19052814424590100000045137434

Num. 45833103 - Pág. 5





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1651796	ATENDIMENTO: 01039295
DATA DE NASCIMENTO: 04/07/1990	FOI ATENDIDO EM: 12/10/2018 ÀS 20:46	
DATA DA ALTA: 23/10/2018 ÀS 18:54		

### Diagnóstico Provável:

- 1) FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA (CID10: S82)
- 2) FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA (CID10: S82)

### Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MID NO DIA 16/10/18 POR DR ALEXANDRE GALVÃO  
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MIE NO DIA 19/10/18 POR DR ALEXANDRE ANDRADE

### Observação:

- 1) XARELTON 10MG - 01CP POR DIA - POR 30 DIAS
- 2) ANALGÉSIA E ANTIBIÓTICO PARA CASA
- 3) USAR CADEIRA DE RODA ATÉ REAVALIÇÃO MÉDICA NO RETORNO
- 4) CURATIVOS DIÁRIOS
- 5) RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS
- 6) AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS/ACADEMICAS POR 30 DIAS

### Encaminhado para:

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. ALEXANDRE GALVÃO NO HR COM 3 SEMANAS  
AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DE DR. ALEXANDRE ANDRADE NO HR COM 3 SEMANAS

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAÚJO - CRM: Nº.26524

Recife, 23, OUTUBRO ,2018

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Pùblico do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 28/05/2019 14:42:45  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052814424590100000045137434>  
Número do documento: 19052814424590100000045137434

Num. 45833103 - Pág. 7



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1039227/2018.

NOME: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA.

Foi atendido às 20h46 do dia 12.10.2018.

Diagnóstico provável: Natureza exposta diafragma de ossos da  
perna (E) + fratura fechada de fíbula proximal (D)  
+ fratura fechada de múltiplos ossos de pé, bilateral  
(desenvolvida de moto)

Tratamento realizado:

Traf. cirúrgico de fract. exposta diafragma de ossos  
da perna (D) Polio (E) + fract. fechada de fíbula proximal  
(D) + fract. fechada de múltiplos ossos de  
pé, bilateral em 13.10.2018  
osteosíntese de fratura de fíbula (D) e tibia (D)  
em 16.10.2018

Obs. Osteosíntese de fratura de ossos da perna (E)  
em 19.10.2018

Psiol. fis. Exames complementares

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário  
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Traf. de suporte clínico. Antibióticos

Cópia de Prontuário Médico em \_\_\_\_\_.

Alfor em 24.10.2018

SES - Hospital da Restauração  
Dr. Franklin Serra  
Médico do SAME  
Assistente: 7374

freire

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS,  
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

03.12.2018

