

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
**RODRIGO CLAUDIO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**8548955 SDS PE**

CPF  
**112.790.294-63**

DATA NASCIMENTO  
**14/11/1995**

FILIAÇÃO  
**JOSE CLAUDIO DA  
 CONCEICAO  
 EDILENE DA CONCEICAO  
 DA SILVA**

PERMISSAO  
 AOC  CAT. HAB.  A.B.

Nº REGISTRO  
**06017774255**

VALIDADE  
**26/11/2018**

º HABILITACAO  
**11/03/2014**

OBSERVAÇÕES  
**Exerce Ativ Remunerada**

*Rodrigo Claudio da Silva*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE - PE**

DATA EMISSAO  
**12/03/2015**

ASSINATURA DO EMISSOR  
**06480049964  
 PRO65505182**

DETRAN - PE PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
**1024151399**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1024151399**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
 RODRIGO CLAUDIO DA SILVA

**DOC. IDENTIFIC. (CAR. EMBOCA/AF)**  
 0548955 SDB PE

**CPF**  
 119.790.394-63

**DATA NASCIMENTO**  
 14/11/1995

**FUNÇÃO**  
 JOSE CLAUDIO DA  
 COMERCIAO  
 SOLEIRE DA COMERCIAO  
 DA SILVA

**PERMISSÃO** **ACC** **DIR. TRAF.**  
 AS AS

**PERMISSÃO**  
 06027774225

**VALIDADE**  
 26/11/2018

**VALIDADE**  
 11/03/2014

**CLASSIFICAÇÃO**  
 Mercos Ativ Remunerada

*Rodrigo Claudio da Silva*  
 Assinatura do Titular

**LOCAL**  
 RECIFE - PE

**DATA EMISSÃO**  
 12/03/2015

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Emissor

05488849964  
 02045305102

**DETRAN PE - PERNAMBUCO**

**VALIDADE 1998**  
**0 TRAFICO NACIONAL**  
**1024151399**

**VALIDADE 1998**  
**0 TRAFICO NACIONAL**  
**1024151399**

**VALIDADE 1998**  
**0 TRAFICO NACIONAL**  
**1024151399**



vivo



Patrocinadora Oficial da Seleção dos Brasileiros.

#JOGUEJUNTO



CYC RECIFE PE PL3

EDILENE CONCEICAO DA SILVA  
RUA JOSE ANTONIO DE LUNA 264  
BAIRRO NOVO DO CARMELO  
54762-762 CAMARAGIBA PE



72 13148850 60456 00000862349 3 0 240718

Vencimento  
05/08/2018

Cadastre-se no Conta Online. Saiba mais.



Baixar o leitor de QR Code para seu celular em [livevivo.com.br](http://livevivo.com.br)

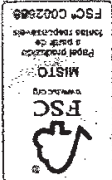
**PARA USO DOS CORREIOS**

Indicar para qual finalidade o documento será utilizado:

- 01 - ARQUIVADO
- 02 - ARQUIVADO
- 03 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 04 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 05 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 06 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 07 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 08 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 09 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 10 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 11 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 12 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 13 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 14 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 15 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO

Indicar para qual finalidade o documento será utilizado:

- 16 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 17 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 18 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 19 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 20 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 21 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 22 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 23 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 24 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 25 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 26 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 27 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 28 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 29 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO
- 30 - NÃO EXISTE N° DE CANCELAMENTO



Este documento é uma cópia eletrônica de um documento original. Para garantir a validade jurídica, recomendamos a utilização do documento original. Em caso de dúvida, consulte o setor responsável.

R\$ 10 mil (valor de impostos)

livevivo.com.br

livevivo.com.br



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: RODRIGO CLAUDIO BASILVA

brasileiro, estado civil: SOLTEIRO profissão: VENDEDOR

portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 8648955 - SDS, inscrito no

CPF/MF sob o n.º 112.790.294 - 63, residente e domiciliado

R. JOSÉ ANTONIO DE LUNA, n.º 264

bairro: BAIRRO NO na Cidade de AMARAGIBÉ

Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

## PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

\_\_\_\_\_  
OUTORGANTE

## CONTRATO DE HONORÁRIOS

A OUTORGANTE/CONTRATANTE pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 06 de MAIO de 19

Rodrigo Claudio da SILVA  
CONTRATANTE



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Eu, RODRIGO ELAUDIO DA SILVA  
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 112.790.294-63  
residente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; 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, 06 de MAIO de 19.

Rodrigo Claudio da Silva

- RG \_\_\_\_\_





0414172/18

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -**  
**DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0128002706**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/08/2018** às **11:22**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **26/10/2017** às **20:00**

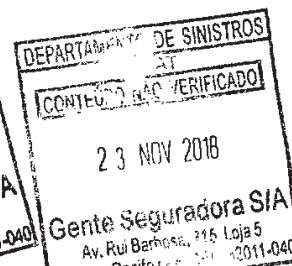
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, PE 05 EM FRENTE A ANTIGA SEMIL - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
 RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA**



Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 CEP: 52011-040

Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 CEP: 52011-040

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

**RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDILENE DA CONCEIÇÃO DA SILVA** Pai: **JOSÉ CLAUDIO DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **14/11/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 264, RUA JOSÉ ANTONIO DE LUNA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCR8287** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **105483769** Chassi: **9C2KC1660FR057019**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

23/08/2018 11:21





Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

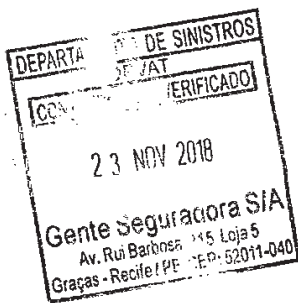
**INFORMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO SENTIDO CENTRO, QUANDO CHEGOU EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA SEMIL, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA DESCONHECIDA, DEU UM TRANCA NELE PARA ENTRAR NO POSTO DE COMBUSTIVEL E O JOGOU NO ACOSTAMENTO JUNTO A UMA BORRACHARIA, QUE TEVE ESCORRIÇÕES PELO CORPO, CORTE NA PERNA DIREITA E FRATURA DO DEDO DO PÉ ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDO PELA GUARNIÇÃO DOS BOMBEIROS AO HOSPITAL GETULIO VARGAS E QUE TEVE ALTA MÉDICA NO DIA 28/10/2017. NADA MAIS NO MOMENTO.**

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

*Rodrigo Cláudio da Silva*

**RODRIGO CLÁUDIO DA SILVA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GILBERTO GONÇALVES DE SANTANA** - Matrícula: **3809641**



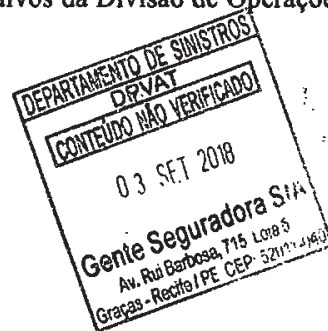


**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2017APH002033 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). RODRIGO CLAUDIO DA SILVA, 22 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8548955 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 112.790.294-63, residente à RUA JOSE ANTONIO DE LUNA , nº 264, , BAIRO NOVO, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 26/10/2017, por volta das 19:40 hs, no endereço: AVENIDA BELMIRO CORREIA, XXX, CENTRO CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo MOTO HONDA, BRANCA E PLACA PCR8287-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RODRIGO CLAUDIO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 112.790.294-63 e Registro Geral ° 8548955, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 7070721 FÉLIX. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 653774. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 15/05/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002033*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





RODRIGO CLAUDIO

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME:** RODRIGO CLAUDIO DA SILVA

**1. Ocorrência da Emergência:** 502254

1.1 - **Atendimentos em:** 26/10/17

1.2 - **Às 20 horas e 35 minutos.**

1.3 - **Internado:** SIM

1.4 - **Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.** 653774

2.1 - **Internado em:** 26/10/17

2.2 - **Alta em:** 28/10/17

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA EXPOSTA DE F1 DE HÁLUX ESQUERDO + EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA.

**4. Tratamento:** 1) CIRURGIA EM 27/10/17: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCISLÍTICO

DATA: 13.6.2018

HORA: 16:36:53

PASTA: 01.06.2018

JGAS

RS

  
Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





HGV - Hospital Getúlio Vargas  
 Prontuário: **653774**  
 Paciente: **RODRIGO CLAUDIO DA SILVA**  
 Clínica: **SALA DE RECUPERAÇÃO**  
 Nasc.: **14/11/1995** Idade: **21 Anos 11 Meses**  
 Mãe: **EDILENE DA CONCEICAO DA SILVA**  
 End.: **RUA JOSE ANTONIO DE LUNA, 264 - BAIRRO NOVO DO CARMELO**  
**CAMARAGIBE - PE - Cep 54762762**  
 Leito: **SR 19**  
 Sexo: **MASCULINO**  
 Fone: **8502-4869**  
 Atendimento: **502254**  
 CNS: **700300961795532**  
 Usuário: **LAURINETE**



Prontuário: **653774**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **RODRIGO CLAUDIO DA SILVA**  
 Data Nasc.: **14/11/1995** Idade: **21 Anos 11 Meses**  
 CPF: **11279029463** RG: **11279029463**  
 Endereço: **RUA JOSE ANTONIO DE LUNA**  
 Bairro: **BAIRRO NOVO DO CARMELO** Cidade: **CAMARAGIBE**  
 CEP: **54762762** Fone: **85024869**  
 Nome da Mãe: **EDILENE DA CONCEICAO DA SILVA**  
 Acompanhante:  
 Nome do Conjuge:  
 Local de Procedência: **VIA URBANA**  
 Clínica: **CIRURGIA GERAL**

Nº: **264**  
 Estado: **PE**

Cor:  
 CNS: **700300961795532**  
 Profissão:

Ocorrência: **AUT, ENF, MARCOS CB FELIX AR - 635 ( COLISAO MOTO + MOTO COM TRAUMA EM MMII )**

Acidente de Trabalho: Sim  Não

ATENDIMENTO DATA: **26/10/2017** HORA: **20:35** h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Perda de consciência após queda de moto e dor em punho direito e sintomas, além de dor em cabeça e sintomas.*

**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 pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Tórax: C°

**B: Respiratório**

*MVB em ART, ALTA*

**C: Circulatório**

PA: **x** mmm | Pulso: **bpm**  
*RCR em ZT, BU, ALTA*

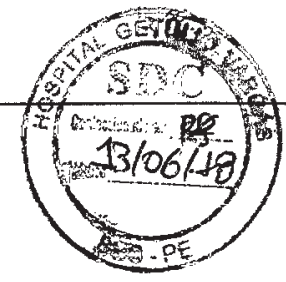
**D: Exames Neurológico**

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas   
 Glasgow: Abertura Ocular | Glasgow: Resposta Verbal | Glasgow: Resposta Motora  
 Score: Hora: | Score: Hora: | Score: Hora:

*Glasgow 15*

DEPARTAMENTO DE  
 DEBAY  
 CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
 03 SET 2018  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rio Grande, 755 Loja 4  
 Gramma - Recife/PE CEP: 52010-000

Dr. Elio Gonçalves  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM-PE 22467-9/97 - 15674



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

<b>E: Abdômen</b>	
Sintomas em puno D e n. 10	
Diagnóstico Inicial: Febre de início? h. 10	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica Rodrigo	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: ferimento aberto puno D Profusa exostose de n. 10	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: Tratamento com amoxic / ATB Ao BRACO SOC	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Internamento <input checked="" 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"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Médico:	CRM/CRO:      Data:      Hora:
- 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: _____	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as conseqüências que deste ato possam advir. Data: _____ Nome completo legível: _____ Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____	
Cadastramento: 26/10/2017 20:35 h EDILENERS	Impressão: 26/10/2017 20:35 h EDILENERS

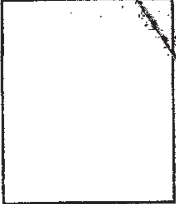
Médico



# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 26/10/2017 20:28

	<b>Nome Paciente:</b> RODRIGO CLAUDIO DA SILVA
	<b>Cód. Paciente:</b>
	<b>Data de Nascimento:</b> 14/11/1995
	<b>Sexo:</b> Masculino
	<b>Idade:</b> 21
	<b>Senha:</b> E0029
	<b>Convênio:</b>
	<b>Atendimento:</b>
	<b>SAME:</b>

Período: 26/10/2017 20:29 - 26/10/2017 20:30

JOSE MARCOS MELO - COREN: 365768 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:

Queixa Principal: VITIMA DE COLISÃO MOTO COM MOTO COM TRAUMA EM MMII EVOLUINDO COM DOR + DEFORMIDADE HÁ 50 MINUTOS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: JOSE MARCOS MELO - COREN: 365768 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/10/2017 20:30





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA**

NOME: \_\_\_\_\_

Nº DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.  
 CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

<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.**

COLOCADO PULSEIRA ROXA  NÃO SE APLICA

**ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:**

SIM  NÃO ASSINATURA (ORIENTADO): \_\_\_\_\_

**RECOMENDAÇÕES:**

- 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.

ENFERMEIRA/COREN: \_\_\_\_\_

*Dr. José Marcos Melo  
 Enfermeiro  
 COREN-PE nº 15715*

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
 Recife/PE - CEP 60.630-060  
 Fone: 0XX61 21946906

HQV.1028.V.1.2013.





SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Dederingo Acendes do Lago 02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ Nº DO REGISTRO: 053974

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Pericardio exposto Helder

COMORBIDADES: extremo Fomecimento perna

PROCEDIMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): NO

DATA DA INTERNAÇÃO: 28/10/17 DATA DA ALTA: 28/10/17 DIAS DE INTERNAÇÃO: 02

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

Ord.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>R. J. J. J. J.</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>R. J. J. J.</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

- PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
  - DIÁRIA DE UTI
  - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
  - NUTRIÇÃO PARENTERAL
  - USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
  - USO DE OXIGÊNIO
  - USO DE ORTESE E PRÓTESE
  - HEMODIÁLISE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS:  
Pericardio exposto em perna e  
exposto em Inten

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Pericardio exposto Helder

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  OUTROS \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: V.P.M.

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: 28/10/17

Rodrigo de Amorim  
Otopedista  
RECIFE PE 17.10.17





## Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**Nome do paciente:** RODRIGO CLAUDIO DA SILVA **REG: 653774**

**Data da operação:** 27/10/2017

**Operador:** DR. ITALO GALIZA

**1º auxiliar:** MR1 CAIO SIQUEIRA

**Diagnóstico pré-operatório:**

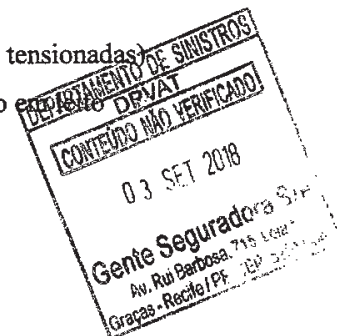
**FRATURA EXPOSTA DE F1 DE HÁLUX ESQUERDO + EXTENSO  
FERIMENTO EM PERNA DIREITA**

**Tipo de operação:**

**LMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA**

**Descrição operatória:**

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob bloqueio digital + anestesia local
- 2) Assepsia e antisepsia + aposição de campos estéreis
- 3) Visualização de ferimento extenso em perna direita com contaminação importante.
- 4) Irrigação abundante com SF0,9%
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados
- 6) sutura de pele (como houve perda de pele, algumas partes ficaram tensionadas)
- 7) Visualização lesão em halux esquerdo com perda e unha e ferimento extenso ungueal
- 8) Limpeza com SF0,9% em ferimentos
- 9) aposicionado curativo confeccionado com equipo de soro.
- 10) Curativo local e imobilização com tala adesiva
- 11) Observada boa perfusão após procedimento



*Caio Siqueira*  
Médico  
CRMPE 25933





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: RODRIGO CLAUDIO DA SILVA

Prontuário: 00653774

Data de Nascimento: 14/11/1995

Idade: 21a 11m 27d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

fratura exposta de falange proximal do hálux esquerdo (CID-10 S92.4) + extenso ferimento em perda direita (CID-10 S81.9) após colisão moto x moto em 27/10/2017, submetido a tratamento cirúrgico pela emergência deste serviço.

Comparece para consulta de retorno em bom estado geral, com queixas algicas leves, sem outras queixas. Ferimento em cicatrização com pequenas áreas de necrose, sem sinais flogísticos. Ausencia de unha em hálux esquerdo, boa cicatrização de ferida.

Aguardo evolução de fratura e ferida, plano de retorno sem 2 semanas para reavaliar consolidação.

Feito o Exame de anamnese + exame físico + radiografia simples.

### Observação:

DEIXO A CARGO DO MÉDICO PERITO AVALIAR QUESTÕES TRABALHISTAS E AFINS

Recife, 10 DE NOVEMBRO DE 2017

ANA AUREA R. TORRES

CRM: 25656

CRAN: 25050

ANA AUREA R. TORRES - CRM: Nº.25656

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordelro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



633774

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL Getúlio Vargas**

**SUMÁRIO DE ALTA**

NOME: Rodrigo Cavendes da Silva 02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LETO: \_\_\_\_\_ Nº DO REGISTRO: 0.53474

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO:  F.  M.

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MEDICAL): Pericardio exposto Helder E

COMORBIDADE: extremo ferimento femur P

PROCEDIMENTO SOLICITADO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): TC Cervical

DATA DA INTERNAÇÃO: 27/10/19 DATA DA ALTA: 28/10/19 DIAS DE INTERNAÇÃO: 02

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Paulo Góes</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Cavale</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE  NUTRIÇÃO PARENTERAL  USO DE ORTESE E PRÓTESE

DIÁRIA DE UTI  USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO  HEMODIALISE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  USO DE OXIGÊNIO

**RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)**  
 ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

PT e ferimento em perna exposto em Uter E

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Pericardio exposto Helder E

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  OUTROS \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: V.P.M.

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: 28/10/19

Rodrigo de Amorim Silva  
 Oncologista Torácica  
 CRP: 3.406  
 17-438

Avenida General San Martín s/n - Coqueiro  
 Recife/PE - CEP 50.630-030  
 Fone: (0XX) 01.31848800

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 PRIVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 SET 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Rua Barbosa, 715 Loja 5  
 Graciosa - Recife/PE - CEP: 52011-040





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: RODRIGO CLAUDIO DA SILVA

Prontuário: 00653774

Data de Nascimento: 14/11/1995

Idade: 21a 11m 27d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

Fratura exposta de falange proximal do hálux esquerdo (CID-10 S92.4) + extenso ferimento em perna direita (CID-10 S81.9) após colisão moto x moto em 27/10/2017, submetido a tratamento cirúrgico pela emergência deste serviço.

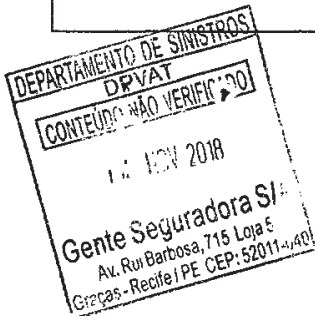
Comparece para consulta de retorno em bom estado geral, sem queixas. Ferimento em perna com boa cicatrização, sem sinais flogísticos. Unha em crescimento em hálux esquerdo, nega dor à palpação de foco de fratura.

Paciente com boa evolução, recebe alta ambulatorial, com orientações de retorno se necessário.

Feito o Exame de anamnese + exame físico + radiografia simples.

Observação:

DEIXO A CARGO DO MÉDICO PERITO AVALIAR QUESTÕES TRABALHISTAS E AFINS.



Recife, 21 DE DEZEMBRO DE 2017

ANA AUREA R. TORRES

médica  
CRM/PE 25656

ANA AUREA REVOREDO TORRES - CRM: Nº.25656

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600