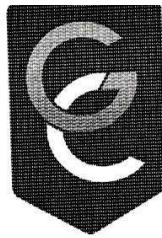


## Instrumento Procuratório



Outorgante: **IOLANDA JERÔNIMO DE ARAÚJO**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 701.914.794-11 e no RG sob o nº 9413921 SDS/PE, residente e domiciliada na Rua Antônio Galoíno, nº 42 – A, Pimentas - Macaparana/PE CEP 55865-000.

Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP – 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia Et Extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência, concordata e recuperação judicial, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, inclusive Ação de Divórcio, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromissos de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como estabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

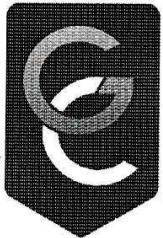
Timbaúba/PE, dia 09 de setembro de 2019.

  
**IOLANDA JERÔNIMO DE ARAÚJO**

---

**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

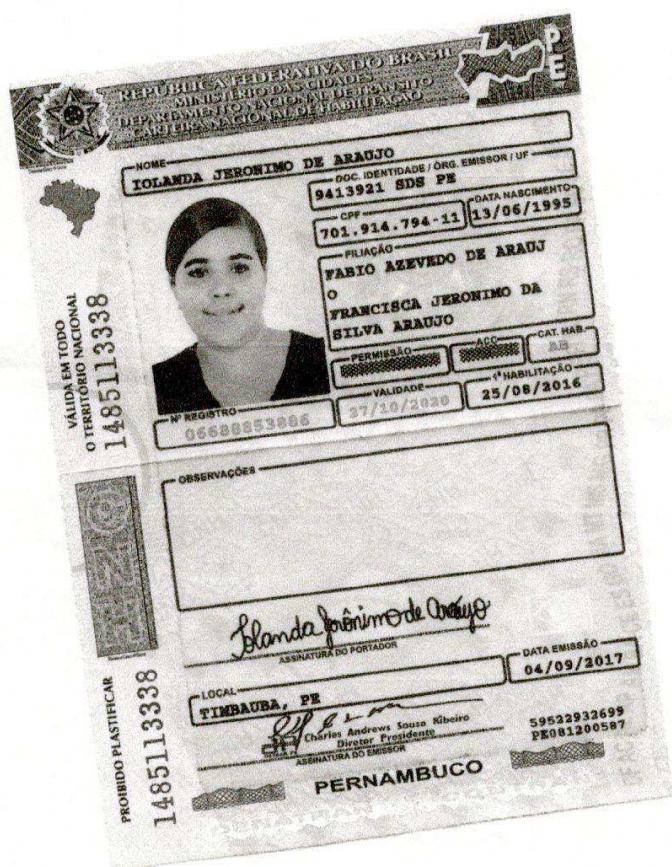


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**IOLANDA JERÔNIMO DE ARAÚJO**, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 701.914.794-11 e no RG sob o nº 9413921 SDS/PE, residente e domiciliada na Rua Antônio Galoíno, nº 42 - A, Pimentas - Macaparana/PE CEP 55865-000. **DECLARA**, para os devidos fins de direito e quem possa interessar, com fundamento no art. 5º, inciso LXXVII da Carta Magna, e ainda com fulcro na Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, que estabelece as normas para a concessão de assistências judiciária aos necessitados, combinada com a legislação nº 7.115/83, e artigo 1º, parágrafo 2º do diploma legal nº 5.478/1968, que é pobre na forma da lei e não tem condições de arcar com as despesas e custas que advêm de um processo judicial, sem comprometer seus parcos rendimentos.//////////

Timbaúba/PE, 09 de setembro de 2019.

Iolanda Jerônimo de Araújo  
IOLANDA JERÔNIMO DE ARAÚJO







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 052ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA -  
DP52°CIRC DINTER1/11°DESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0142000616**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às  
**17:11**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **10/3/2019** no período da Manhã

Facto ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACAPARANA, 1, RUA ANTONIO GALDINO** - Bairro: **GENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Facto: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )**  
**IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO (VÍTIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)**  
**Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:  
**FRANCISCA JERONIMO DA SILVA** Pai: **FABIO AZEVEDO DE ARAUJO** Data de Nascimento:  
**13/01/1988** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACAPARANA, 42, RUA ANTONIO GALDINO - CEP: 56000-000** - Bairro: **CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

**Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)**

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categorias/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:  
**Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE AO SAIR DE SUA RESIDENCIA FOI ATROPELADA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, DIRIGIDO POR UM CONDUTOR TAMBÉM NÃO IDENTIFICADO QUE FUGIU SEM PRESTAR-LHE, INFORMA AINDA QUE TEVE FRATURAS NOS DEBOS DO PÉ ESQUERDO, CONFORME BOLETIM DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

*Isolanda Jerônimo de Araújo*  
ISOLANDA JERONIMO DE ARAUJO  
(VITIMA)



B.O. registrado por: ZEFERINO MAIA DANIEL - MAT. 202.651-4

## SINISTRO 3190495111 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO

**COBERTURA** Invalidez

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

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO

**CPF/CNPJ:** 70191479411

### Posição em 10-09-2019 08:16:20

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**



<b>E: Abdômen</b>			
Diagnóstico Inicial: <i>Ex: colo S+ 1072</i>			
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica <i>Ex: celofax subeco 9-1172</i>			
Exames Solicitados : 1 - Especializados <i>Ex: colo 1072</i>			
Resultado de Exames:	Código Procedimento: <i>Ass. Médico + Carimbo</i>		
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento: <i>Ass. Médico + Carimbo</i>		
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: Evolução de Enfermagem:	Ass. Médico + Carimbo		
Diag. Definitivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo		
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Condição de Alta: <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito		
<b>Informação do Serviço Social</b>			
Confirmação do Nome:	Assist. Social:		
Confirmação do Endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/>	Assist. Social		
Observações:			
<b>Autorização para Alta / internamento / Transferência</b>			
Médico:	CRM/CRO:	Data:	Hora:
<b>Termo de Responsabilidade Para Internamento :</b>			
- 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: _____		
<b>Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :</b>			
- 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: 11/03/2019 13:53 h THIAGO BM		impressão: 11/03/2019 13:53 h THIAGO BM	

\_\_\_\_\_  
**Médico**



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO

Data Nasc.: 13/06/1995

Idade: 23

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG: 9413921

CNS: 898003212264391

Endereço: RUA ANTONIO GALTINO

Bairro: CENTRO

CEP: 55865000

Cidade: MACAPARANA

Prontuário: 1113342

Fone: 98028820

Nº: 42

Nome da Mãe: FRANCISCA JERONIMO DA SILVA ARAUJO

Estado: PE

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: HISTORIA DE TRAUMA FECHADO EM MIESQ HA DOIS DIAS

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 11/03/2019 HORA: 13:53 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Vítima de atropelamento por moto bateu os dedos  
aproximadamente 20 e caiu em cima de um

**História do Trauma**

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

**Exame Físico:**

A: Geral

Via aérea está pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: C°

*Bocejo exatamente*

B: Respiratório

*Respiração*

C: Circulatório

PA: x mmm Pulso: bpm:

*Respiração*

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular  
Escore: Hora:

Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocôricas  Anisocôricas

Glasgow: Resposta Verbal  
Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora  
Escore: Hora:





**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:**

<input type="checkbox"/> SIM	ASSINATURA (ORIENTADO): _____
<input type="checkbox"/> NÃO	

**RÉCOMENDAÇÕES:**

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

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

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

HGV.1028.V.1.2013.

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 11/03/2019 13:42

	Nome Paciente:	IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	13/06/1995
	Sexo:	Feminino
	Idade:	23
	Senha:	E0017
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 11/03/2019 13:42 - 11/03/2019 13:43

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	<b>AMARELO - URGENTE</b>
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	HISTORIA DE TRAUMA FECHADO EM MIESQ HA 2 DIAS
Observação:	SENHA 5637959
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR MODERADA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 11/03/2019 13:44

UNIDADE MISTA JOAQUIM FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI

**Declaração**

Declaro para os devidos fins que Iolanda Jerônimo de Araújo, deu entrada  
nesta Unidade de Saúde no dia 11/03/2019, após atropelamento por moto,  
apresentando fratura fechada do 4º e 5º metatarsos E.  
Tendo sido transferido para o Hospital Getúlio Vargas.

  
Médico Plantonista



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		 <p>SUMÁRIO DE ALTA</p>																																								
NOME: <i>Delauda ferminio de Araujo</i> NOME DA MÃE: <i>Flávia</i> CLÍNICA: <i>OKTOFAC</i> ENFERMARIA: <i>LEITO:</i> LEITO: DATA DE NASCIMENTO: IDADE: <i>11/11/1985</i> MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Fratura 9º fio</i> COMORBIDADE: PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Cirurgia</i> PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): DATA DA INTERNAÇÃO: <i>11.3.19</i> DATA DA ALTA: <i>13.3.19</i> DIAS DE INTERNAÇÃO: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO 		02 DIAS VERSO CARTÃO SUS: N° DO REGISTRO: <i>1113342</i> PESO: <i>70</i> ALTURA: <i>170</i> SEXO: F: <input checked="" type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓD.</th> <th>EQUIPE</th> <th>NOME DO PROFISSIONAL</th> <th>MATRÍCULA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>CIRURGÃO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1º AUXILIO CIRÚRGICO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2º AUXILIO CIRÚRGICO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ANESTESISTA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>CLÍNICO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</td> <td><input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DIÁRIA DE UTI</td> <td><input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</td> <td><input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>USO DE ÓRTESE E PRÓTESE</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA	1	CIRURGÃO			2	1º AUXILIO CIRÚRGICO			3	2º AUXILIO CIRÚRGICO			4	ANESTESISTA			5	CLÍNICO			PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA																																							
1	CIRURGÃO																																									
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO																																									
3	2º AUXILIO CIRÚRGICO																																									
4	ANESTESISTA																																									
5	CLÍNICO																																									
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS																																										
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE																																								
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO																																								
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO																																								
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE																																									
<p align="center"><b>RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)</b> ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS</p> <p align="center"><i>Fratura 9º fio</i></p>																																										
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>idr</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: <i>Retornar ao ambulatório com 07 dias.</i> ÓBITO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): 																																										
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente <p align="center"><i>13.3.19</i></p> <p align="center"><i>Dr. Carlos Rihan</i> <i>Ortopedia-Traumatologia</i> <i>CRM 15.463</i></p>																																										
DATA: <i>13.3.19</i> HGV.1010.V.1.2013.		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM Avenida General San Martin s/n – Cidade Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845800																																								



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO

**1. Ocorrência da Emergência:** 694707

1.1 - Atendimentos em: 694707

1.2 - Às 13 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1113342**

2.1 – Internado em: 11/03/19

2.2 - Alta em: 13/03/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA FECHADA DO 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS.

**4. Tratamento:** CIRURGIA EM 11/03/19 = REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIO DE KIRSCHNER DO 4º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**5. Observação:** ATROPELAMENTO POR MOTO.

DATA: 10.6.2019

HORA: 10:11:26

PASTA: 01.06.2019

TB

RS

Dr. Tadeu Buril  
Médico Vascular  
CRM 3019 / Mat. 0586682

Dr. Tadeu Buril.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <i>Debauti fernando da</i>	02 (DUAS) <input type="checkbox"/>	
NOME DA MÃE:	CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <i>BR 10 fedne</i>	ENFERMARIA: <i>404</i> LEITO:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Fiaturo 4º fte</i>		Nº DO REGISTRO: <i>111319</i>
PESO: <i>71</i> ALTURA: <i>1,73</i> SEXO: <i>M</i>		<input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>

COMORBIDADE:  
*Fiaturo*

PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
*CRM 19/05*

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: *11.3.19* DATA DA ALTA: *13.3.19* DIAS DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

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

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATOES DE COAGULAÇÃO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÉNIO
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	

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

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  
*1 da*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  
 OUTROS ÓBTO:  
 IML  SVO  BO: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

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

DATA <i>13.3.19</i>	Dr. Carlos Rihan Ortopedista/traumatologista CRM 15.463	MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM
Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81 31845800		
HGV.1010.V.1.2013.		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
H O S P I T A L  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO      REG:1113342

Data da operação: 11/03/2019

Operador: DR. SERGIO P. EUGENIO      1º auxiliar: DR ROBSON

2º auxiliar: DR. FERNANDA (MR1)

Anestesista: A PLANTONISTA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA FECHADA DE 4º E 5º MTT

PROCEDIMENTO SOLICITADO: REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA  
COM FIO K DE 4º PDE

#### **Descrição operatória:**

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob Raquianestesia ;
- 2) Assepsia + antisepsia + aposição de campos estéreis;
- 3) Observado edema em região dorsal, lateral de pé esquerdo
- 4) realizado incisão entre 4º e 5º raios
- 5) acessado foco de fratura em colo de 4º mtt que encontrava-se desviado com luxação articular
- 6) realizado redução + fixação com 01 fio k 1.5mm;
- 7) verificado boa redução sob fluoroscopia
- 8) Sutura de pele
- 9) Curativos Estereis
- 10) Tala bota gessada em MIE
- 11) Observada boa perfusão distal

FRANCISCO ROBSON QUEIROZ REGO  
MÉDICO  
ORTOPEDISTA E TIT. UMATOLOGIA  
CRM: 15.367