

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 Galoino, 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 judicium 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 substabelecer 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 Galoino, 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 n/ 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, que estabelece as normas para a concessão de assistências judiciária aos necessitados, combinada com a legislação nº7.115/83, e artigo 1º, parágrafo 2º do diploma legal nº5.478/1968, 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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: **IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO**
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **9413921 SDS PE**
 CPF: **701.914.794-11** DATA NASCIMENTO: **13/06/1995**
 FILIAÇÃO: **FABIO AZEVEDO DE ARAUJO**
O FRANCISCA JERONIMO DA SILVA ARAUJO
 PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AB**
 Nº REGISTRO: **06688853886** VALIDADE: **27/10/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **25/06/2016**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Iolanda Jeronimo de Araujo*
 DATA EMISSÃO: **04/09/2017**
 LOCAL: **TIMBAUBA, PE**
 Assinatura do Emissor: *Charles Andrews Souza Ribeiro*
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO
 59522932699
 PE081200587

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1485113338
 PROIBIDO PLASTIFICAR
 1485113338

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROLANDA JERONIMO DE ARAUJO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO GALDINO 42 - A

CPF 701.914.794-11 NIS 16241283181

PIMENTAS/MACAPARANA
MACAPARANA PE
55865-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONTRATO

7024193599
DATA DE VENCIMENTO 06/2019
DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA 26/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 147,03

Nº DA NOTA FISCAL 068191823
SÉRIE ÚNICA
EMISSÃO 17/06/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE 2013787785
Nº DA INSTALAÇÃO 6357950

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,0000000 | 0,24754794 | 7,42 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70,0000000 | 0,42436790 | 29,70 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 120,0000000 | 0,53855186 | 78,38 |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh | 14,0000000 | 0,70727394 | 9,90 |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 1,02 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 19,28 |
| ICMS Subvenção CDE-NF 054840318-20/03/19 | | | 0,88 |
| ICMS Subvenção CDE-NF 059646493-17/04/19 | | | 1,11 |
| ICMS Subvenção Baixa Renda | | | 1,26 |



RS RACADINHO FONSECA
AV. JOAO FRANCISCO DE MOURA QUEIROZ, 260
CENTRO-MACAPARANA

Phoebus
V9.1.37
PA: 202-020754
CELPE

19/06/2019
07:49
SEQ: 00029

VAL PG.: R\$ 147,03

830000000147030011007
0241935991014074157653

DOCUMENTO VALIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

TOTAL DA FATURA

147,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 316108263 | CAT | 17/05/2019 | 4 37,17 | 17/06/2019 | 4 597,50 | 31 | 1,0000 | | 234,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO

| Mês/Ano kWh |
|-------------|
| JUN 19 234 |
| MAR 19 242 |
| ABR 19 239 |
| MAR 19 242 |
| FEV 19 198 |
| JAN 19 167 |
| DEZ 18 216 |
| NOV 18 220 |
| OUT 18 172 |
| SET 18 127 |
| AGO 18 181 |
| JUL 18 147 |
| JUN 18 162 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|-----------------|--------|------------------|
| ICMS | 124,40 | 35,04 |
| PIS | 124,40 | 0,21 |
| COFINS | 124,40 | 0,30 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | R\$ | % |
|----------------------|--------|--------|
| Geração de Energia | 43,44 | 34,92% |
| Transmissão | 5,09 | 4,09% |
| Distribuição (Celpe) | 30,87 | 24,91% |
| Perdas de Energia | 9,72 | 7,91% |
| Encargos Setoriais | 3,01 | 2,43% |
| Tributos | 32,29 | 25,96% |
| Total | 124,42 | 100% |

TARIFAS APLICADAS

| | |
|--|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,18329450 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,31426000 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,47130300 |
| Consumo Ativo superior a 220 kWh | 0,57287000 |

RESERVADO AO FISCO

0162 863E 8538 F8CD F34F A078 07A1 64E3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você magalhe sua fatura e sua fatura mensal em 15 dias antes da data de vencimento. Se não pagar, a fatura será considerada em atraso e a cobrança será feita em nome da Celpe. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800-000000. O cliente é responsável por manter a continuidade da instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança.

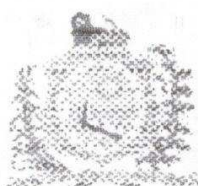
Ao solicitar o serviço de manutenção, o cliente deve fornecer o endereço e o número da fatura. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança. O cliente é responsável por manter a instalação elétrica em conformidade com as normas técnicas e de segurança.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| CONSENTO | VALOR | LIMITE | LIMITE |
|------------|-------|---------|------------|
| MAX. ANUAL | ANUAL | SEMANAL | TRIMESTRAL |
| NO | 0,00 | 5,37 | 10,82 |
| NO | 0,00 | 3,34 | 6,60 |
| NO | 0,00 | 1,79 | 3,60 |

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
| MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 230 |



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 052ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAPARANA -
DP52ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **10/3/2019** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 1, RUA
ANTONIO GALDINO - Bairro: CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO (VITIMA)

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:
13/01/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MACAPARANA, 42, RUA ANTONIO GALDINO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MACAPARANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

Carroceria/Modelo/Modelo: **AUTOMOVEL/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 DEDOS DO PÉ ESQUERDO, CONFORME BOLETIM DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL GETULIO VARGAS.

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

Iolanda Jerônimo de Araújo
IOLANDA JERONIMO DE ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Z*EFERINO DA SILVA 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



| | |
|--|--|
| E: Abdômen | |
| Diagnóstico Inicial: | |
| Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica | |
| Exames Solicitados : 1 - Especializados | |
| Resultado de Exames: | Código Procedimento: |
| Tratamento / Procedimentos: | 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: | |
| Definição do Caso: | Condição de Alta: |
| <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 | <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito |
| Informação do Serviço Social | |
| 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: | |
| Autorização para Alta / internamento / Transferência | |
| Médico: | CRM/CRO: Data: Hora: |
| Termo de Responsabilidade Para Internamento : | |
| - Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários. | |
| Data: | Nome completo legível: |
| Nº da Identidade: | Assinatura: |
| Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido : | |
| - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir. | |
| Data: | Nome completo legível: |
| Nº da Identidade: | Assinatura: |
| Cadastramento: 11/03/2019 13:53 h THIAGO BM | impressão: 11/03/2019 13:53 h THIAGO BM |

Médico

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
|  | 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. | | | | |
| <input type="checkbox"/> | COLOCADO PULSEIRA ROXA | | <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA | |
| ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE: | | | | |
| <input type="checkbox"/> | SIM | ASSINATURA (ORIENTADO): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | NÃO | | | |
| RECOMENDAÇÕES: | | | | |
| 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: _____ | | | | |

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: AMARELO - URGENTE

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

RECIBO
Nº 1428
Módulo
11/03/2019

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------|--|-----------------------------|
| Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas | | | | SUMÁRIO DE ALTA | |
| NOME: <u>Deolanda feromino de</u> | | | | 02 (DUAS) VÍAS | |
| NOME DA MÃE: <u>Amuly</u> | | | | CARTÃO SUS: | |
| CLÍNICA: <u>Ortopedia</u> | ENFERMARIA: | LEITO: | Nº DO REGISTRO: <u>1193342</u> | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | IDADE: | PESO: | ALTURA: | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura 4º AOE</u> | | | | | |
| COMORBIDADE: | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Curativo</u> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): | | | | | |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <u>11.3.19</u> | | DATA DA ALTA: <u>13.3.19</u> | | 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"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Fratura 4º AOE</u> | | | | | |
| MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Idm</u> | | | | | |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Retornar ao ambulatório com 07 dias.</u> | | | | | |
| MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | | ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: | | | |
| 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 | | | | | |
| <u>13.3.19</u> DATA | | <u>Dr. Carlos Rihan</u> Ortopedia-traumatologia CRM 15.463 | | | |
| MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM | | | | | |



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. 058668

Dr. Tadeu Buril.

| | | | |
|--|------------------------|-------------------------------------|--|
| Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas | | SUMÁRIO DE ALTA | |
| NOME: <u>Tobias Ferreira de</u> | | 02 (DIÁRIAS) / 11 | |
| NOME DA MÃE: <u>Adriana</u> | | CARTÃO SUS: _____ | |
| CLÍNICA: <u>Ortopedia</u> | ENFERMARIA: <u>405</u> | Nº DO REGISTRO: _____ | |
| DATA DE NASCIMENTO: _____ | IDADE: _____ | PESO: <u>71</u> ALTURA: <u>1,75</u> | SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fratura 4º AOE</u> | | | |
| COMORBIDADE: _____ | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Curativo</u> | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): | | | |
| DATA DA INTERNAÇÃO: <u>11.3.19</u> | | DATA DA ALTA: <u>13.3.19</u> | |
| 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 | | |

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
☐ DIÁRIA DE UTI
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS
☐ HEMODIÁLISE
☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ USO DE OXIGÊNIO

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
 ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS
Fratura 4º AOE

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: _____
 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: idem
 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

13.3.19
 DATA

Dr. Carlos Rihan
 Ortopedia-Traumatologia
 CRM 15.463

MÉDICO RESPONSÁVEL:
 ASSINATURA/CARIMBO/CRM

HGV.101D.V.1.2013. Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81 31845800



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
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 + antissepsia + 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 disal

FRANCISCO ROBSON QUEIROZ REGO
MÉDICO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 15.367