

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: LUCIANO ALVES DA SILVA, Brasildiro, sou Lino, Desembargador, CPF: 890322294-15, residente na Rua Frederico Ozanam, nº 141, Vasco da Gama, Recife-PE CEP. 52280-500.

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 50070-160 – Fone: (81) 3445.0715.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, LUCIANO ALVES DA SILVA, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 20 de fevereiro de 2020.

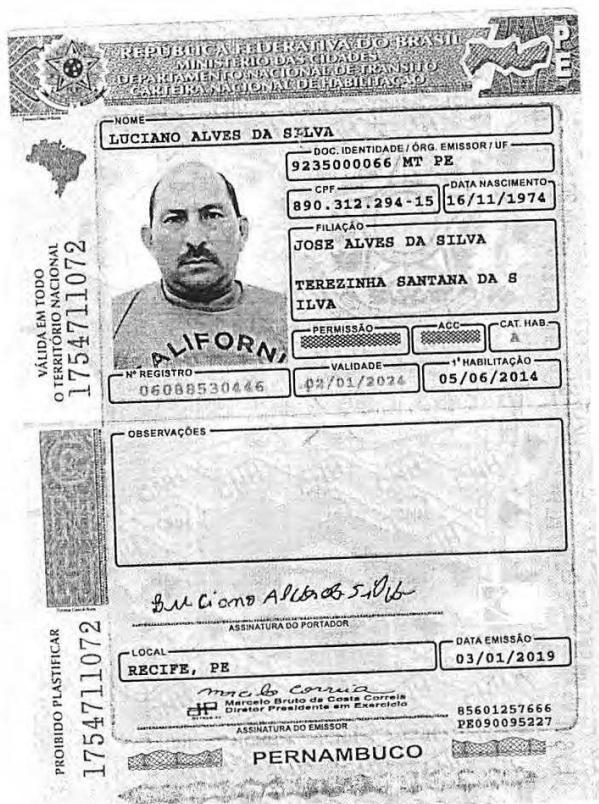
Luciano Alves da Silva

Outorgante/Declarante

1

FERNANDA





Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 03/03/2020 11:16:50
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030311164991100000057682721
Número do documento: 20030311164991100000057682721

Num. 58651093 - Pág. 2

SINISTRO 3190626242 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO ALVES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LUCIANO ALVES DA SILVA

CPF/CNPJ: 89031229415

Posição em 29-01-2020 15:22:31

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

14/11/2019	R\$ 337,50	R\$ 0,00	R\$ 337,50
------------	------------	----------	------------





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0101001053

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/03/2019 às 09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 8/3/2019 às 11:26

Fato ocorrido no endereço: **RUA MOTOCOLOMBO, 1 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **SEMAFORO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUCIANO ALVES DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA

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

LUCIANO ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA Pai: JOSE ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 16/11/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4715817/SDS/PE (RG), 89031229416 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 983335296

Endereço Residencial: **RUA DEPUTADO GOMES DE SA, 56 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOVA DESCOBERTA - RECIFE/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): LUCIANO ALVES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO ALVES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/GG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PBB862** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

Complemento / Observação



25/03/2019

Boletim de Ocorrência

COMPARECEU NESTA DPPOL, O SR. LUCIANO ALVES DA SILVA, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DE ONDE RESULTOU LESIONADO. RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA TRAFEGANDO PELA RUA MOTOCOLOMBÓ EM QUE, NO MESMO SENTIDO TAMBÉM SE ENCONTRAVA A PESSOA CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO. QUE ATÉ ENTÃO O SINAL ESTAVA VERDE, QUANDO SURGIU O AMARELO, A PESSOA DESCONHECIDA FREIÚ BRUSCAMENTE, OCASIONANDO A COLISÃO DA MOTOCICLETA GUIADA DO LADO ESQUERDO DO AUTOMÓVEL, QUE A VÍTIMA DEVIDO A QUEDA, VEIO A SOFRER UMA FRATURA NA MÃO DIREITA. NO LOCAL, COMPARECERAM A CTTU, ATENDIDO PELO SAMU, QUE O REMOVEU PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS , PRONTUÁRIO Nº 1.11.3125. MÉDICO JOSÉ SERGIO S. SOUZA CRM - 8500 - SBOT 10096. CASO AFETO A DP DE AFLOGADOS.

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

Luciano Alves da Silva

LUCIANO ALVES DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: JORGE PEREIRA DAMASCENO - Matrícula: 148721-3







POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PAAR.

PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.03.2019
DATA	22.08.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **LUCIANO ALVES DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **9235000066** MT/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **890.312.294-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-599141**, que no dia 08 de março de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 09h45, na Avenida Augusto Calheiros, imediações da Agência Banco do Brasil, no bairro Afogados, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Getúlio Vargas.
Recife, 22 de agosto de 2019.



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92548-9

Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



Assinado eletronicamente por: EWERTSON VILAR DE LIMA - 03/03/2020 11:16:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030311164991100000057682721>
Número do documento: 20030311164991100000057682721

Num. 58651093 - Pág. 8



CONSULTA	0301010170	RADIO X	
GLLOBULINA	0202060209	ANTEBRACO	0204040019
ACURICO	0202010120	ABDOMEN SIMPLAES AP	0204050138
BILIRUBINA	0202010201	BRACO	0204040051
CALCIO	0202010210	COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260	CALCANEO	0204060109
COLESTEROL	0202010295	COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317	CRANIO PA+LAT+OBLL	0204010080
CULTURA GENERAL	0202080080	CRANIO PA+LAT+OBLL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010368	COKXA	0204060117
GAMA	0202010365	COL.TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010322	CLAVICULA	0204040060
GLICOSE	0202010473	FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153	FEMUR	0204060060
HEMOGLOBINA	0202020304	JOLEHO	0204060133
HEMOCGRAMMA	0202090600	JOLEHO	0204040066
LCR	0202090600	MAO	0204040116
FOSFORO	0202010430	PE	0204060160
FOSFALCALINA	0202010422	TORAX AP	0204030170
MAGNESIO	0202010562	TORAX AP E PERFILE	0204030153
MELOGRAMMA	0202090191	PERNA	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010570	PUNHO	0204060168
PARASITOLÓGICO	0202040127	MANDBULHA	0204010055
PCR	0202030202	ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTIAS	0202010619	ABDOMEN TOTAL	0205020046
PESQUISA BK	0202080072	ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
POTASSIO	0202010600	TORAX	0205020135
SODIO	0202010635	PELVICA	0205020160
TSG	0202020495	TRANSVAGINAL	0205020070
TEMPSANG.	0202020100	BOLSA ESCROTAL TRICOIDÉ	0205020127
TRIGLICERÍDEO	0202010678	TRICOIDÉ	0205020097
TGO	0202010643	NAME	0205020118
TGP	0202010651	VIA URINARIA	0205020054
TRAE	0202020487	TOMOGRAFIA	
UREIA	0202010694	COLUNA CERVICAL	0206010028
VDRL	0202031110	COLUNA LOMBOS - SACRA	0206010010
CONC.HEMACAIA	0306020068	FACE	0206010044
CONC.PLASMA	0306020106	SELA TURCICA	0206010052
CONC.PLASMA	0306020076	PRESCOGO	0206010060
PRE TRANSF. I	0212010026	SELA TURCICA	0206010079
PRE TRANSF. II	0212010034	COMP.TUTORIZADA	0206010087
HISTOPATOLÓGICO	0203020030	TORAX	0206020031
NEBULIZACAO	030100101	SEG.ARENIDICULARES	0206020023
FUNCAGO	0401040019	MEMBROS SUPERIORES	0206030010
EDA	0211020036	ABDOMEN SUPERIOR	0206030029
EKG	0201020037	PELVEBACIA	0206030037
FUNCAO	0408050098	FISIOT.RESP.	0302040021
TRACAO	0401010015	FISIOT.MOTORIA	0306020030
		CURATIVO	0401010016





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 693948

1.1 - Atendimentos em: 08/03/19

1.2 - Às 12 horas e 01 minuto.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1113125

2.1 – Internado em: 08/03/19

2.2 - Alta em: 10/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO CAPSULAR + FERIMENTO EXTERNO > 50% EM MESMA TOPOGRAFIA

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 08/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + CAPSULORRAFIA + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 13.6.2019

HORA: 11:47:43

PASTA: 01.06.2019

JGAS

RS


Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F M

HV. Cans Anos da Silveira

HV. Cans

Paciente vendeu 1 placa de chuveiro
de vidro novo sem uso com fusca
de sua Intrepida S. Industria.
Pacote em foz do Rio Metropolitano
elevaria muito trabalho

(11)

16/8/19

Dr. Cans
Grau
Cidade
Data

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro
Recife/PE – CEP 50.630-060

Fone: 0XX.81.31845600

HGV. 1002.V.1.2013.



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 03/03/2020 11:16:50

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030311164991100000057682721>

Número do documento: 20030311164991100000057682721

Num. 58651093 - Pág. 12

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 08/03/2019 11:26:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA RG: PESO:

IDADE: 44 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 16/11/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

DATA DE ATENDIMENTO: 08/03/2019 10:14:45 ATENDIMENTO: 1202334 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNOSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTR PARTES DO PUNHO E DA MAO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: TRANSF. P/HOSPITAL GETULIO VARGAS

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: FRATURA LUXAÇÃO ESPOSTA DO 2 QDD

RX, CURATIVO E MEDICAÇÃO

TRANSFERIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA

Dr Jose Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 SBOT 10/96

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

CRM-8500

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

				ATENDIMENTO: 693948	Prontuário: 1113125
Nome: LUCIANO ALVES DA SILVA	Data Nasc.: 16/11/1974	Idade: 44	Sexo: MASCULINO	Cor:	
CPF: RG:				CNS:	
Endereço: 1o TRAVESSA DEPUTADO GOMES DE SA			Nº: 56		
Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE			Estado: PE		
CEP: 52190526	Fone: 93151627		Profissão:		
Nome da Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA					
Acompanhante:					
Nome do Conjugue:					
Local de Procedência: UPA IMBIRIBEIRA					
Clinica: CIRURGIA GERAL T. ORTOPEDIA					

Ocorrência: ENHA 5636025 PAC VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ,REFERE FRATURA LUXACAO EXPOSTA EM 2 QDD

Acidente de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 08/03/2019 HORA: 12:01 h Médico:
Eixa Principal / HDA: +2 km - Viatura de combate à fratura foi 3 horas.
Nego agolado, usava, por de cima de cima em cima

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"/>	Type:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type:	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:

Fratura em 2º QDD. (Fratura direita)

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea esta pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °C
	Boa		

B: Respiratório

(Expedito)

C: Circulatório	PA: 120x80 mmHg	P脉: 65 bpm
-----------------	-----------------	------------

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

(CCG=15)



**HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:	Código Procedimento:
<i>SAT 5000 U - ...</i>	<i>Ass. Médico + Carimbo</i>
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento:
<i>VAT 1 dia 1m Exploratória 2g + 2m C Doença clínica p/...</i>	<i>Ass. Médico + Carimbo</i>
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	<i>CRM/CREMEPE 21119</i>
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:	Condição de Alta:
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	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Informação do Serviço Social	Assist. Social:
Confirmação do Nome:	
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:	

Autorização para Alta / internamento / Transferência	CRM/CRO:	Data:	Hora:
--	----------	-------	-------

Médico:	CRM/CRO:	Data:	Hora:
---------	----------	-------	-------

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

Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :			
- 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: 08/03/2019 12:01 h DENNISELD	impressão: 08/03/2019 12:01 h DENNISELD
---	---

Médico





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: LUCIANO ALVES DA SILVA Registro: 1113125

Data da operação: 08/03/19

Operador: DR. ANDRE TELES 1ºAuxiliar: DANIEL SALDANHA

Anestesista: O CIRURGIAO

Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO

CAPSULAR + FERIMENTO EXTEÑO > 50% EM MESMO TOPOGRAFIA

Tipo de operação: LMC + CAPSULORRAFIA + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado luxação exposta em topografia de F1-F2 do 2º QDD com lesão capsular;
- 5) Paciente apresenta ainda ferimento circular em mesma topografia com acomentimento de mais de 50%, com diminuição de perfusão distal no enchimento capilar > 03seg
- 6) Realizado limpeza abundante com SF0,9%
- 7) Realizado capsulorrafia com Nylon 3-0;
- 8) Realizado sutura de pele
- 9) Curativo estéril;
- 10) Aposição de tala splint
- 11) Observada melhora perfusão distal ao fim do procedimento.

Em falta de nylon 4.0

Dr. Daniel Teles Medeiros
Cirurgião Plástico / Ortopedista



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas	 RECEITUÁRIO
NOME COMPLETO:	
IDADE:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<i>Luciano ALVES DA SILVA</i> <i>Fisioterapia Motora</i> <i>nas MÃO (1)</i> <i>(20 sec)</i> <i>fronte MÃO (1)</i> <i>16/08/19</i>	

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

HGV.1002.V 1 2013.



Assinado eletronicamente por: EWERTSON VILAR DE LIMA - 03/03/2020 11:16:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030311164991100000057682721>
 Número do documento: 20030311164991100000057682721

Num. 58651093 - Pág. 17