

## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** LUCIANO ALVES DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESEMPREGADO, CPF: 89032294-15, RESIDENTE NA RUA FREDERICO OZANAN, 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 dezembro de 2020.

  
Outorgante/Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1754711072

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1754711072

NOME  
LUCIANO ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
9235000066 MT PE

CPF  
890.312.294-15

DATA NASCIMENTO  
16/11/1974

FILIAÇÃO  
JOSE ALVES DA SILVA  
TEREZINHA SANTANA DA S  
ILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
A

Nº REGISTRO  
06088530446

VALIDADE  
02/01/2024

1ª HABILITAÇÃO  
05/06/2014

OBSERVAÇÕES

*Luciano Alves da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO  
03/01/2019

*Marcelo Bruto da Costa Correia*  
CH Marcelo Bruto da Costa Correia  
Diretor Presidente em Exercício  
ASSINATURA DO EMISSOR

85601257666  
PE090095227

PERNAMBUCO



compesa  
 CNPJ 09.769.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2  
 ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R  
 ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE  
 SEVERINA ALEXANDRINA DA SILVA MATRICULA: 60664919 5et/2019  
 R FREDERICO OZANAN, N. 00141 - VASCO DA GAMA RECIFE PE 52280-5  
 INSCRICAO: 360.318.625.0408.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 060664919

SITUAÇÃO AGUA	POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PUBLICA
12/09/2019	11/10/2019	REAL		
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A025288031	12/09/2019	11/10/2019	REAL	

AGUA: CONSUMO: 5  
 LEIT ANT: 1606  
 LEIT ATU: 1611  
 LEIT FAT: 1611  
 HISTORICO DE CONSUMO  
 REFERENCIA CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT. ANALISES A LEGIS	NUMERO DE AMOSTRAS
TURBIDEZ	MS 2.914/11 REALIZ.	122
COR APARENTE	105	122
COR RESIDUAL	122	122
COLIF. TOTAIS	122	122
E. COLI	122	122
MEDIA:		122

OB.S.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
 RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÖES SANITARIAS DA AGUA  
 (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÖES  
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA  
 DESCRICAO DOS SERVICOS  
 AGUA  
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
 CONSUMO DE AGUA  
 MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

5 M3  
 44,08  
 0,88

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

----- A PAGAR: 14 96

IMPRESSO EM: 11/10/2019 11:40:37



**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  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 011ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS - DP11ªCIRC DIM/4ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 (VÍTIMA)

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: Masculino Mãe: TEREZINHA SANTANA DA SILVA Pai: JOSÉ 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: **- 983335286**

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/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PBR9662 (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 TAMBEM SE ENCONTRAVA A PESSOA CONDUTORA DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO. QUE ATÉ ENTÃO O SINAL ESTAVA VERDE, QUANDO SURTIU O AMARELO, A PESSOA DESCONHECIDA FREIOU 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 REMOUEU PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, PRONTUÁRIO Nº 1.11.3125. MÉDICO JOSÉ SÉRGIO S. SOUZA CRM - 8500 - SBO 10096. CASO AFETO A DP DE AFOGADOS.

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

*Luciano Alves da Silva*

LUCIANO ALVES DA SILVA  
(VÍTIMA)

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







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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>				<b>SUMÁRIO DE ALTA</b>	
NOME: <u>Luciano Múv D Silva</u>				02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:				CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <u>função</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1.113125</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>luxação de ombro 2º grau</u>					
COMORBIDADE:					
PROCEDIMENTO SOLICITADO:					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>be + cateterismo</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>08/3/19</u>		DATA DA ALTA: <u>10/3/19</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>De + subseq - 2º grau APB Tumor</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>0 - fratura humero</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>400</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: _____		
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____					
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>10/03/19</u> DATA			 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone: 0XX81.31845600					

HGV.1010.V.1.2013.



CONSULTA	0301010170		RAIO X
GLOBALINA	0202060209		ANTEBRAÇO
AC.ÚRICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP
ALBUMINA	0202010627		ABDOMEN AP+LATERAL
			BACIA
BILIRRUBINA	0202010201		BRAÇO
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO
CLORETO	0202010260		CALCANEO
COLESTEROL	0202010295		COLUMNA CERVICAL
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBL
DESIDROGENASE	0202010368		COXA
GAMA	0202010465		COL.TORACO-LOMBAR
GASOMETRIA	0202010732		CLAVÍCULA
GLICOSE	0202010473		FACE
HEMOCULTURA	0202080153		FÊMUR
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO
LCR	0202090600		OMBRO
FÓSFORO	0202010430		PE
FÓSFORO	0202010422		TORAX AP
MAGNÉSIO	0202010562		TORAX AP E PERFIL
MIELOGRAMA	0202090191		PUNHO
MUCOPROTEINA	0202010570		PERNA
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDÍBULA
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA
PROT.TOTAIS	0202010619		ABDOMEN SUPERIOR
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL
POTÁSSIO	0202010600		TORAX
SÓDIO	0202010635		PELVICA
TSTC	0202020495		TRANSVAGINAL
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE
TRIGLICÉRIDO	0202010678		MAMA
TGO	0202010643		PRÓSTATA
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA
TPAE	0202020487		TOMOGRAFIA
UREIA	0202010694		COLUMNA CERVICAL
VDRL	0202031110		COLUMNA LOMBO - SACRA
CONC.HEMACIA	0306020068		FACE
CONC.PLASMA	0306020106		PESCOÇO
CONC.PLAQUETA	0306020076		SELA TURCICA
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRÂNIO
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA
NEBULIZAÇÃO	0301100101		MEMBROS SUPERIORES
HISTOPATOLÓGICO	0203020030		SEG.APENDICULARES
EKG	0211020036		TORAX
EDA	0209010037		ABDOMEN SUPERIOR
FUNÇÃO	0401040019		MEMBROS INFERIORES
TRAÇÃO	0408050098		PELVE/BACIA
			FISIOT.RESF
			FISIOT.MOTORA
			CURATIVO





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 EXTENSO > 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 ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 13.6.2019

HORA: 11:47:43

PASTA: 01.06.2019

JGAS

RS

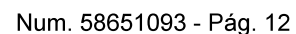
  
Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.



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

HGV.1002.V.1.2013.





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):  
DIAGNÓSTICO 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 Sergio S. Souza  
Traumatologia Ortopedia  
CRM 8500 SBT 10996

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 Conjuge:

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:

Principa / HDA:

12h - Vítima de acidente de trânsito há 3 horas  
Nega alterações, sintomas, perda de consciência ou  
convulsões.

## 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:

Fratura em 2° grau. Fratura distal

## Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

Bom

## B: Respiratório

Expansão

## C: Circulatório

PA: 120x 80 mm Pulso: 65 bpm

## D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

ECG=15





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo  
Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

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: 08/03/2019 12:01 h DENNISILD impressão: 08/03/2019 12:01 h DENNISILD

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 1º Auxiliar: DANIEL SALDANHA

Anestesista: O CIRURGIAO

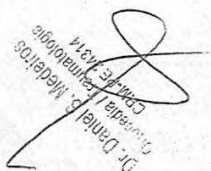
Diagnóstico pré-operatório: LUXAÇÃO EXPOSTA F1-F2 COM LESÃO  
CAPSULAR + FERIMENTO EXTENSO > 50% EM MESMO TOPOGRAFIA

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 acometimento 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) Realziado 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 Saldanha  
Cirurgião



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b> 		<b>RECEITUÁRIO</b>	
NOME COMPLETO:			
IDADE:		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<p><i>7 / LUANO ALVES DA SILVA</i></p> <p><i>Atrofia motora</i></p> <p><i>na mão (D)</i></p> <p><i>( 20 dias )</i></p> <p><i>Atrofia mão (D)</i></p> <p><i>16/08/19</i></p>			

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
 Recife/PE - CEP 50.630-060  
 Fone: 0XX81.31845600

HGV.1002.V 1 2013.

