





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Encaminhado: Ao HRA

SOLTA: 5241395

Paciente Francisco Antônio do

Silva, 70 anos, vítima de Atro-

poimento de 05 anos, Retiro de An-

noto no Encaminhado ao HRA

Aprovação de 05 anos (E)

Por Resumo Testado com 05

anos e encaminhado a este

Serviço Após Análise de Resumo

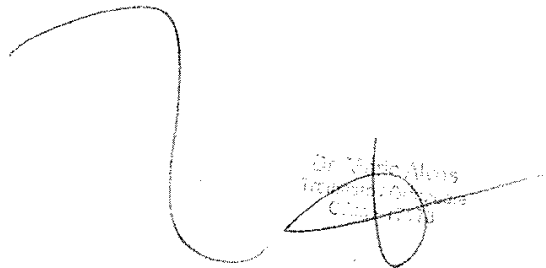
O paciente em Exatidão Para

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099



Procedimento de entrega dos
fixos e demais transmissões
fechadas Remanescentes Liberais
A seguir os comitês Cúmulos
de fechos fixados.

Assinatura



24/08/17



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Edmarcio Roberto de Aze

Prontuário: 303447

Data: 25/08/14 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Eg. de Doença Pélvica D

Exame de urina e urina de 24h

Exame de urina e urina de 24h

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Apresenta sintomas de Doença Pélvica D

Apresenta sintomas de Doença Pélvica D

Exame de urina e urina de 24h

TRATAMENTO REALIZADO:

Exame de urina e urina de 24h

Exame de urina e urina de 24h

Exame de urina e urina de 24h

Exame de urina e urina de 24h

Alta Hospitalar: Data: 1/1 Hora: _____

Dr. _____
Koro
Dr. _____

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



US

Sistema
Unico de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Antonio de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

303777

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71021310211912141010191116

8 - DATA DE NASCIMENTO

06/06/1993

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

M^{te} Belmira A. Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

83 91481811600

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Belma M^{te} A. Silva

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua 06 n: 05 B. E. Cab

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Buzenos

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55100100

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente com trauma em joelho @

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ex RSI + RX

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Subluxação joelho @ / lesão ligamento cruzado @

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

S. R. L.

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Francisco Ant: Os Santos

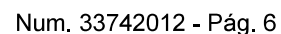
Registro N°: 303777

Leito N°: 15

Sérvio Túlio M. Firmino
Médico
CRM-PR/PE: 7523 / 25759

Box 14 R to rd on rt side. Found
squares. Nicks on top.
Good and

1. *What is the purpose of the study?*
 2. *What are the research objectives?*
 3. *What is the research design?*
 4. *What are the variables?*
 5. *What are the hypotheses?*
 6. *What are the results?*
 7. *What are the conclusions?*
 8. *What are the limitations?*
 9. *What are the implications?*
 10. *What are the future research directions?*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Fernando Antonio da Silva Nº do Registro: _____
 Clínica: Ortopedia Nº do Leito: _____
 Operador: M. Inês Moreira
 1º Assistente: M. Ana Paula 2º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Anestesia: _____ Duração: _____
 Data da Operação: 18/09/11 Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Rádio distal

Diagnóstico Pós-Operatório: OK

Operação Proposta: Osteossíntese

Operação Realizada: A Limpa

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em MMH @ anestesia @ antissépsis @ insuflação @ aplicação de curativos @ etc
- 2) Acesso a ferida @ lavagem @ colocação de fio de sutura
- 3) Placa de 3.5
- 4) Curativos torniquete em 99% @ fechamento da pele
- 5) Sutura @ curativo
- 6) RX controle

Dr. Fernando Lins Barros
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 12.110





**PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU**



**SAMU
192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU BEZERROS – PE

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que o Sr. Francisco Antonio da Silva, portador do RG: 2518210 SDS/PE residente na Rua 11n: 04 Bairro Cohab foi atendido por esta unidade de Serviço Móvel de Urgência SAMU/Bezerros – PE, na data 15/08/2017, Na . Referente a, o mesmo foi encaminhado ao Hospital local.

Bezerros PE; 04/10/2017

Sem mais para o momento, elevamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Regina Moraes
Coord. de Saúde do Samu Bezerros
COREN 142524

**Coordenadora do SAMU/BEZERROS - PE
Dr. Enf. Regina Lolaia
COREN – PE Nº 142524**





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

LRA - TRAUMATO

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstrutiva () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5235105

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Francisco Antonio Idade: 75

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento por carro

Hipótese Diagnóstica: Lesão de fratura de fêmur

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

Dr. Rafael Cunha
Diretor Médico
CRMPE: 23096
Grupo de Trauma

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1**RESPOSTA VERBAL**Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1**RESPOSTA MOTORA**Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Decerebração 2
Sem resposta motora 1**TOTAL DE PONTOS ECG****Classificação TCE pela ECG**

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Déficit comissura labial ()

Dificuldade na fala: ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: _____
CRM Nº _____ UF: _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: Francisco Antonio de Silva

Endereço: _____

Prescrição: Uso oral

CE FALFEXINA 500-28

01 COMPO 61614 + DIA

TYL EX 20MG 01CX

01 COMPO 81814

Data: / /

Sharon Anjo Oliveira
Médico
CRM 20384

20 SET 2018

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End. Completo: _____
Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: / /



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Francisco Antonio
de Almeida

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

20 (Vinte) dias
Fino ao 9º dia
motore

Dr. Carlos Alberto
Medeiros
CRM 20381

20 SET. 2017

Data / /

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS: _____		REGISTRO: 806087	
DATA: 13.08.2017		HORA: 16:30		TELEFONE: 994881627	
NOME: Francisco Antonio do Silva				IDADE: 76 anos	
NOME DA MÃE: Maria Belarmine do Silva					
DATA DE NASCIMENTO: 26/06/1941		ACOMPANHANTE: Jozelia			
END.: Rua 11		BAIRRO: Cohab		Marque M^o S^o N.º 04	
CIDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS		Téc. de Enfermagem: <i>Sharon Stéphanie Lins Barros</i>	
PA: 180/120 mmHg	HGT: 100 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

SP^o 96%

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ O Apnéia ☐ O Cianose ☐ O Estridor ☐ O FC < 50 ou > 140 bpm ☐ O FR < 10 ou > 32 irpm
- ☐ O Extremidades frias ☐ O Enchimento capilar letificado ☐ O Pulso fraco ou ausente ☐ O PCR ☐ O Sudorese
- ☐ O PAS < 80 ou > 200 mmHg ☐ O PAD < 40 ou > 130 mmHg ☐ HGT < 40 ou > 11 mg/dl ☐ O Convulsão no momento
- ☐ O Politraumatismo/Glasgow < 12 ☐ O Letargia ☐ O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- ☐ O Intoxicação exógena ☐ O PAF ☐ O PAB ☐ O Sangramento intenso
- ☐ O Brôncoaspiração ☐ O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- ☐ O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ O TCE leve ☐ O PAS < 90 ou > 180 mmHg ☐ O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
- ☐ O Febre > 39°C ☐ O Febre com imunodepressão ☐ O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ O Impossibilidade de deambulação
- ☐ O Tumor pastoso ☐ O Mucosas ressecadas ☐ O Vômitos no momento
- ☐ O Queimaduras de 1º e 3º graus não críticas SCQ < 10% ☐ O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ O Dor Abdominal intensa ☐ O Dor Torácica intensa ☐ O Melena ☐ O Hematêmese ☐ O Enterorragia ☐ O Epistaxe
- ☐ O Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- ☐ O Lombalgia intensa ☐ O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- ☐ O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ O Enxaqueca ☐ O Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ O Abscessos ☐ O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- ☐ O Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ O Coriza crônica ou recorrente
- ☐ O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- ☐ O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- ☐ O Administração de medicamento ☐ O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- ☐ O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- ☐ O Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☒ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Paciente trazido pelo SAMU vítima de atropelamento, apurados
usconiacos + fratura fechada de fêmur.
Alergias: (X) NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES

Fabiana Brito
Enfermeira

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO Alergias: () NÃO () SIM, à REGISTRO:

Queixas:

último de atropela-
-mento de novo

Exame físico:

uf desconhecidas pelo
corpo + suspeita
de fratura joelho
esquerdo.

I.D.:

TCE score Glasgow (15)

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

- ① Voltar para
- ② Desejar para
- ③ Planificar para
- ④ Análise para

PAE 140x80 17:50

AP LIGA TRANSMITO
SENHA 5235105

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ()
Consulta e/ Observação	Solicitação	Hora: :	NÃO ()
Indicação (Internamento)	Transferência		DIAS:
	Indisciplina		
	Óbito		

Dr. Rafael Cunha
Médico / Emergência
CRM 23096-PE

Médico - CREMEPE
(Carimbo)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Fernando Antônio de Lima

Prontuário: 303777

Data: 25/08/14 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fract. Diáfise Rôcio D

Trauma no membro superior direito

Sigam em terapia após avaliação do Dr. Ugo Hugo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ambulatório ortopédia - Retorno 15 dias

Alta hospitalar com assistência do Dr. Jackson

Flório

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de Diáfise Rôcio D com

Placa 3,5mm. Alta hospitalar com ATB+

Ambulatório Ortopédia

Tratamento conservador do membro superior direito

Alta Hospitalar: Data: 1/1/1 Hora: _____

HRA
Data: 26/08/14

Horário: 7h

Dr. Sharon Stéphanie Lins Barros

Sharon Stéphanie Lins Barros
Médica
CRM: 20381

20 SET 2017

Ass. do Médico e CRM



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12442160

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180065101
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
Data do Acidente: 15/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 000000004384-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

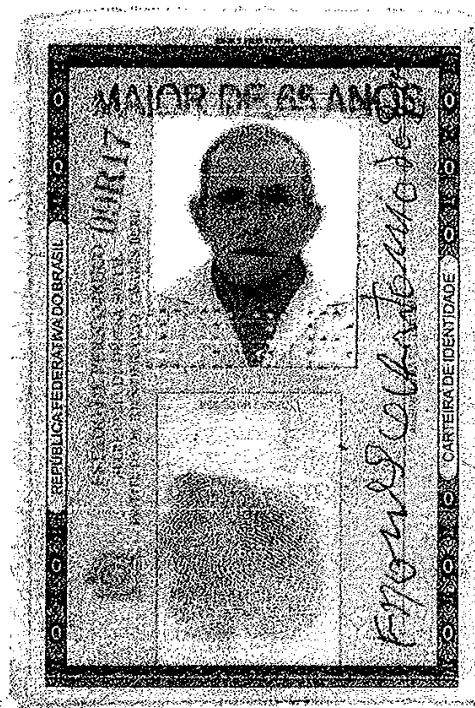
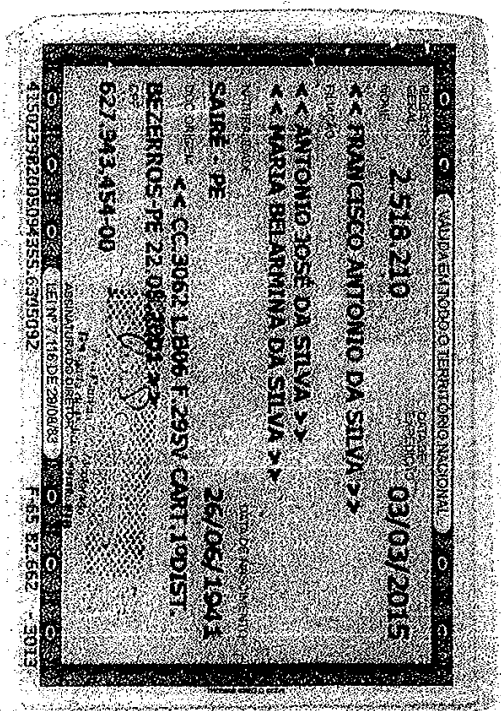
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00799/00800 - carta_15R - INVALIDEZ

00030400





Comprov





Tarifa Social de Energia Elétrica: Cadea pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
GARF 10.835.832/0001-06 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE HEROTIDES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA GILE 4

CPF 656 227 074-04

CONTRATANTE
BEZERRAS PE
55680-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CÓDIGO CONTRATO
4000169284
DATA DE VENCIMENTO
28/09/2017
TOTAL A PAGAR R\$
63,54

Nº FATURA FISCAL
002538982
Nº FICHA
1149/2017
Nº DE CUPOM
2001803344
Nº DE CUPOM
347785

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
CONSUMO ATIVO (KWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	81.000000	0.87315022	54,52
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,58
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,00
Contribuição Iluminação Pública			2,83
ICMS Subvenção CCE JF 022711244-21/97/17			0,51
PRO-CRIANÇA (021) 5413-6883 6882 031 2929			3,00

TOTAL DA FATURA

63,54

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE CONSTANTES	ADJUSTE	CONSUMO (KWh)	
103316	CAF	22-06-2017	8431,65	21-09-2017	9522,05	30	1,00,00	81,00	

RECAPITULÁRIO DE PREÇOS			
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	PERCENTUAL
1	Consumo Ativo (KWh)	54,52	85,91%
2	Acrescimo Bandeira AMARELA	1,58	2,49%
3	Acrescimo Bandeira VERMELHA	1,00	1,57%
4	Contribuição Iluminação Pública	2,83	4,46%
5	ICMS Subvenção CCE JF 022711244-21/97/17	0,51	0,79%
6	PRO-CRIANÇA (021) 5413-6883 6882 031 2929	3,00	4,74%
TOTAL		63,54	100,00%

04C6 BEAA 0663 9706 1AAT 8668 40CD B5C2

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) é uma empresa de economia mista, controlada pelo Estado de Pernambuco. A CELPE é responsável pela distribuição de energia elétrica no Estado de Pernambuco. A CELPE é uma empresa de economia mista, controlada pelo Estado de Pernambuco. A CELPE é responsável pela distribuição de energia elétrica no Estado de Pernambuco.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTA EM NOME DE
O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento.

TABELA DE PREÇOS			
CONSUMO	PREÇO	VALOR	PERCENTUAL
0,00	0,00	0,00	0,00%
0,01	0,01	0,01	0,01%
0,02	0,02	0,02	0,02%
0,03	0,03	0,03	0,03%
0,04	0,04	0,04	0,04%
0,05	0,05	0,05	0,05%
0,06	0,06	0,06	0,06%
0,07	0,07	0,07	0,07%
0,08	0,08	0,08	0,08%
0,09	0,09	0,09	0,09%
0,10	0,10	0,10	0,10%



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0181002030

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/11/2017 às 09:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/02/2017 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 1, AV. DR. LUCAS SOARES CARDOSO - Bairro: COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROX. AO HOTEL BRISA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DELARINA DA SILVA** Pai: **ANTONIO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **26/5/1941** Nacionalidade: **BRASILEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2518210/005/PE (RG), 62784345408 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Telefones Celulares: **- 996840671**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 4, RUA ONZE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO A BONECO FM**

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

PESSOA DESCONHECIDA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VÍTIMA, O MESMO ESTAVA indo para sua casa onde reside na Vila da COHAB NESTA CIDADE, E NAS IMEDIÇÕES DO HOTEL BRISA AO ATRAVESSAR A AV. LOCAL, O MESMO FOI VÍTIMA DE UM ATROPELAMENTO, ONDE O MOTOCICLETA QUE O ATROPELOU EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SENDO ASSIM NÃO FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR O VEÍCULO SEM COMO O AUTOR DO ACIDENTE, A VÍTIMA POR SOCORRIDA PARA A UNIDADE NESTA SÃO JOSÉ DOS BEZERROS ONDE LÁ RECEBEU OS PRIMEIRAS AVALIAÇÕES MÉDICAS CONFORME REGISTRO 806087, DATADA DE 15/02/2017, PELO MÉDICO DR RAFAEL CUNHA CRM 23096-PE. PELO EXPOSTO SOLICITA AS MEDIDAS CABÍVEIS.



97ª Circunscrição

Bezerros

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

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES WILSON DA SILVA** - Matrícula: **3811846**



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE nº 28697D, com endereço profissional a Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Bairro da Ilha do Retiro, Recife -PE CEP:50750-630

Substabelece com reserva de poderes, na pessoa da advogada **SHARON STEPHANE LINS BARROS**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 29.010 D, com endereço profissional a Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Bairro da Ilha do Retiro, Recife -PE CEP:50750-630, os poderes que lhe foram outorgados por FRANCISCO ANTONIO DA SILVA „através de instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 28 de Junho de 2018



Ana Cristina Santos

OAB/PE 28697



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Francisco Antônio da Silva,
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 627.943.454-00 e portador da cédula de identidade
nº 2511210 805/PE, residente e domiciliado(a) na
Rua Onze,
nº 04, bairro de Coinho
CEP 55660-000 na cidade de Beuron / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 15 de maio de 201 8

x F. Moreira da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Francisco Antônio da Silva,
brasileiro(a), estado civil casado,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 027.943.454-00, e portador da cédula de
identidade nº 2518210 SAS-PE, residente e
domiciliado(a) Rua Onze
nº 4, bairro Cohab,
CEP 55660-000 na cidade de
Beunias / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 15 de maio, de 2018.

NOME:

F. Montenegro 6 Senjo

