

MALHEIROS

ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Carlos André da Silva
Brasileiro, solteiro
Desempregado, portador(a) do RG nº 8662770 SDS
PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 103.464.404-16
residente e domiciliado(a) à Rua At Bela Vista 185 F
115, famandare famandare-PE
CEP: 55578-000.

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive subestabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 07 de dezembro de 2018.

Carlos André da Silva

NOME DO OUTORGANTE

Assinado eletronicamente por RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI nº 12121953501080000038540478

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileiro Carlos André da Silva
portador(a) do RG nº 8662170 SP PE inscrito(a)
no CPF sob o nº 103.464.404-16, residente e domiciliado(a) à
Rua At. Bela Vista 115 F
nº 115 F famandari famandari -PE,
CEP: 55578-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 07 de Dezembro de 2018

Carlos André da Silva

Assinatura eletrônica 484 gPr RENATO CESAR MACHADO S. GAVILAN Nº 18 121219535029 53000038540484





Resposta eletrônica 438 p/ Renato CESAR MACHADO SILVA, CPF nº 18.121.212.953.5030100000038540487





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ -
DP79ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0169000511

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2018** às **12:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/8/2018** às **18:46**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, ESTRADA VICINAL DE ACESSO À TORRE - ALTO DA BELA VISTA COMUNIDADE DO QUITZEIRO - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA AO CASO EM TELA (AUTOR AGENTE)
CREMILDA ALVES DA SILVA (NOTICIANTE)
REGINALDO SEVERINO DA SILVA (OUTRO)
CARLOS ANDRE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
CARLOS ANDRE DA SILVA

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

CARLOS ANDRE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA DA SILVA BALBINO Pat: ENOQUE LUIS DA SILVA Data de Nascimento: 1/6/1991
Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8662179/SDS/PE (RG), 16346440416 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares: - 81986212071

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA ALTO DA BELA VISTA, S/N - EM FRENTE À IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

REGINALDO SEVERINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA: 7, Nº 7, BAIRRO: ? - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

CREMILDA ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANITA DA SILVA ALVES Pat: ISRAEL ALVES DA SILVA Data de Nascimento: 1/6/1985 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7174272/SDS/PE (RG), 07812195408 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview.htm

Telefones Celulares:

- 81988579724

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAMANDARÉ, 1, RUA ALTO DA BELA VISTA, S/N, OITIZEIRO - EM FRENTE À IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TAMANDARÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA AO CASO EM TELA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **REGINALDO SEVERINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS ANDRÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER7643** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **300626221** Chassi: **9C2KD0650BR637810**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECE NESTA DEPOL A SRª. CREMILDA ALVES NOTICIANDO QUE SEU ESPOSO, O SR. CARLOS ANDRÉ DA SILVA, FOI ACOMETIDO DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, NA NOITE DO DIA 08/08/2018, SEGUNDA-FEIRA, PELAS 18H45MIN, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOLETIM, NUMA ESTRADA VICINAL QUE DÁ ACESSO À TORRE DO ALTO DA BELA VISTA, NESTE MUNICÍPIO. DECLARA QUE A MOTO DERRAPOU NA ESTRADA DURANTE O PERCURSO, NUMA PEQUENA DEPRESSÃO AO LONGO DA VIA. AO EVITAR O TOMBAMENTO A VÍTIMA SALTOU DO VEÍCULO APOIANDO TODO SEU PESO NA PERNA DIREITA. QUE, A SOBRECARGA DO PESO FRATUROU A TÍBIA DIREITA, CONFORME CÓPIAS DOS DOCUMENTOS HOSPITALARES APRESENTADOS. A VÍTIMA ESTÁ ACAMADA CONVALESCENDO DA CIRURGIA A QUE FOI SUBMETIDO.

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

CREMILDA ALVES DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: CLODOALDO SILVA DE FREITAS - Matrícula: 208647-6

Respostas eletrônicas 438 gPr RENATO CESAR MACHADO ROSA VIANA RN 18 121219535037200000038540493



está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 51.182 Série 00053



Carlos André da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



DEPENDENTES

Registrado em / / como
 Sob
 Nº Liv. Fls. Data
 DRT Ass. do Funcionário

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls. Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO
03.093.512/0001-38

Empregador Construtora Cricaré Ltda

Rua Rua Coriango, 97

CNPJ/MF Rio Doce

Rua CEP: 51030-790 N°

Município Otinda-PE Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo Servente

CBO n° 3170-20

Data admissão 02 de maio de 2011

Registro n° Fls. Ficha 441

Remuneração especificada R\$ 607,20

Servente de sala para vults oukua

Construtora Cricaré Ltda

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Data saída 31 de maio de 2011

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Pedro Rogério de Lima
 CNPJ/MF 07.224.426/0001-73
 Rua Est. Marimar Nº 312
 Município TAMANDARÉ Est. PE
 Esp. do Estabelecimento Centro - CEP 55.578-000
 Cargo Secretário
 CBO nº
 Data admissão 01 de Setembro de 2011
 Registro nº Fls. /Ficha
 Remuneração especificada R\$ 545,00
(Quinze e cinquenta reais)
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Pedro Rogério de Lima

1º 30 de Agosto de 2013
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Fone (11) 3676-2772
 Com. Dispensa CD Nº 1257912459

CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ: 00.547.543/0001-23

Empregador Insc. Est. 021181900
 CNPJ/MF M. C. OLIVEIRA LTDA ME
 Rua Av. Prefeito José Bezerra de Albuquerque 08
 Município Centro - CEP 55.578-000
 Esp. do Estabelecimento Tamandará-PE
 Cargo Ajudante de Pedreiro
 CBO nº
 Data admissão 04 de março de 2015
 Registro nº Fls. /Ficha
 Remuneração especificada R\$ 960,00 p/mês
(Novecentos e sessenta reais)
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
M. C. Oliveira Ltda
CGC 00547543/0001-23

1º 02 de maio de 2018
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
M. C. OLIVEIRA LTDA
CNPJ: 00.547.543/0001-23
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ Nº

Rim N°

Municipio Est.

Esp. do Estabelecimento.....

Cargo 1

CBO n°

Data admissão de de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo e/test.

1° 2°

Data saída _____ de _____ de _____

Ass. do empregador ou a rogo o/est.

[illegible]

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

[illegible]

Rua Nº

Município Est.

Esp. do Estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão de de

Registro nº Fls. /Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª 2ª

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANITA DA SILVA ALVES

CPF: 898.305.854-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AT BELA VISTA 115 F

TAMANDARÉ/TAMANDARÉ
TAMANDARÉ PE
55578-000

CLASSIFICAÇÃO

B1-RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO

2735573015

MÊS/ANO

06/2018

DATA DE VENCIMENTO

06/07/2018

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

30/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

100,91

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
022350789	UNICA	29/06/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/06/2018	2001857132	3820292

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	111,0000000	0,73927710	82,05
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,32
Contribuição Iluminação Pública			11,21
ICMS Subvenção-CDE-NF 014918620-27/04/18			0,24

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

100,91

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
M-04324	CAT	29/06/2018	12.331,00	29/06/2018	12.432,00	30	1,00000		111,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO	Base de Cálculo	%	VALOR DO
ICMS	20,00	22,36	Distribuição (Celpe)	17,54	19,54%
PIS	0,79	0,70	Perdas de Energia	5,81	6,37%
COFINS	3,85	3,27	Encargos Setoriais	4,50	5,13%
			Tributos	28,33	29,43%
			Total	89,48	

Scanned by CamScanner

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN-PE CONSULTA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA INTERNET

VIA _____ CÔD. RENAVAM _____ R.T.B. _____ EXERCÍCIO _____

NOME / ENDEREÇO _____

CPF / CGC _____

PLACA _____

PER7543

PLACA ANTERIOR/UF _____

CHASSI _____

9C2KD0550BR537816

ESPECIE TIPO _____

PAS MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL _____

ALCO/GASOL

MARCA/ MODELO _____

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB _____

2011

ANO MOD _____

2011

CAP / POT / CIL _____

2/0/149

CATEGORIA _____

PARTIC

COR PREDOMINANTE _____

PRETA

I _____
COTA ÚNICA (R\$) _____

VENC. COTA ÚNICA _____

VENC. / COTAS _____

P
V
A

FAIXA (PVA) _____

PARCELAMENTO / COTAS _____

3 x 0.00

1º ANO

2º ANO

3º ANO

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$) _____

ISOF _____

PRÊMIO TOTAL (R\$) _____

DATA DE PAGAMENTO _____

RESTRIÇÕES

NADA CONSTA

OBSERVAÇÕES _____

VEÍCULO ATENDE A RESOLUÇÃO 372/2011 CONTRAN - PLACAS REFLETIVAS

na página 438 do livro RENAVAM - CESSAR MAUHEROS CAVALCANTE Nº 12121953509380000038540517

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Andre da Silva,
RG nº 8662170, data de expedição 09/10/2008, Órgão DS/PE
CPF nº 103.464.404-16, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça) Número	<u>At Bela Vista 115 F</u> <u>115 F</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>famandare</u>
Cidade	<u>famandare</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55578-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Carlos Andre da Silva

Resposta eletrônica nº 438 p/Pr. RENATO CESAR MACHADO RODRIGUES, CAVALEIRO Nº 18 12/12/2003 5109 5305 00038540521





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE HOSPITALAR DE TAMANDARÉ

Boletim de Atendimento Médico/Serviço de Emergência

Registro N° 255.329

Data: 06.08.18

Hora: 17h18 Min.

Unidade de Saúde: UNIDADE MISTA DRº JOSE MÚCIO MONTEIRO

Nome do Paciente: Carlos Roberto da Silva

Data de Nascimento: 02.06.97 Idade: 21 anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Endereço: R. Zélio N° 56 Município: Tamandaré

Profissão: S. A. Condição: ☐ Segurado ☐ Esposa ☐ Filho ☐ Outro

Nome do Acompanhante: O. Almeida

Endereço: 508-898.0087-3716-4666 N° Município:

Ocorrência: Local da Ocorrência:

Tipo de Ocorrência:

- ☐ Acidente de Trânsito ☐ Agressão ☐ Outros
☐ Acidente de Trânsito ☐ Suicídio ☐ Acidentes

Atendimento: h Min.

Pressão Arterial: Max. Min. Pulso: Temperatura Axilar: Renal:

Queixa Principal - História da Doença Atual:

Exame Físico:

Hipótese diagnóstica:

Tratamento:

Destino do Paciente:

CID N°

- ☐ Observação Clínica ☐ Transferido para outra Unidade
☐ Liberado para Residência com Medicação Prescrita ☐ Internado
☐ Liberado para Residência com Medicação Aplicada

Resposta eletrônica: 18121219535117000000038540529

Dr. Roberto Almeida
Médico
CRM-PE 8381

001 5023879



Resumo de Alta Hospitalar

404-2

PACIENTE: CARLOS ANDRE DA SILVA			
REGISTRO: 107872	IDADE: (Status)	DATA ADMISSÃO: 06/08/2018	DATA ALTA: 10/08/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM PLATO TIBIAL D

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIXAÇÃO COM PLACA + PARAFUSO CANULADO, CORTICAL

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO CARGA ZERO FICANDO COM IMOBILIZAÇÃO POR 4 SEMANAS
- 2) FAZER MOVIMENTOS DE FLEXÃO ASSISTIDA E PASSIVA COM FISIOTERAPEUTA E FORTALECIMENTO DE QUADRICEPS.
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA ZERO SOBRE MEMBRO OPERADO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 24/08/2017
06:30 ou 09:00

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Resposta eletrônica com validade jurídica - CESSAR MACHADO RODRIGUES, CRM 118.421/219535-11953500038540529

Dr. Bruno Brito
Ortopedia e Traumatologia
CRM 118.421/219535-11953500038540529



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

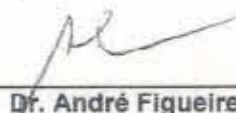


Data: 08/08/2018
Hora: 12:27:51
SAME

Pedido: 339134 Atendimento: 449768 Idade: 27a 2m 8d
Paciente: 107872 CARLOS ANDRE DA SILVA Sexo: MASCULINO
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 07/08/2018 Hora: 23:15:49 Dt. Realiz.: 07/08/2018
Convênio: SUS - INTERNACAO Origem da Solicitação: PM TAMANDARE
Unidade Internação: SALA VERDE/AMARELA - Enfermaria: CT VERDE Leito: CT VERDE
TRAUMA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

- O estudo tomográfico computadorizado realizado com cortes axiais:
- Fratura cominutiva do platô tibial medial e lateral, com afundamento importante póstero-lateral e aparente extensão à metáfise.
- Demais estruturas ósseas visualizadas sem sinais de fraturas.
- Importante derrame intra-articular (lipo-hemartrose).
- Edema de partes moles adjacentes



Dr. André Figueiredo
CRM:15.494

Resposta eletrônica 438 g Pr Centro de Diagnóstico Hospitalar Dom Helder Câmara - CN 18 121219535117000000038540529



CLÍNICA CIRÚRGICA

TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA/CIRURGIA GERAL

TRAUMA 4º ANDAR 09/08/2018

401-1 ORTOPEDIA ID:53 REG:107807 PACIENTE: JOSE EUCLIDES DE VASCONCELOS HD: PRÉ OP FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL D /HAS DIH:04/08 DIT: 05/08 D() E() DT() SONO() AVP MSE 12/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: OBS: ECG(OK) P.CARDIO BAIXO RISCO CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)	401-02 ORTOPEDIA ID:79 REG:107616 PACIENTE: JOSÉ JOSEINO TAVARES HD: 2º DPO DE FÊMUR E DIH: DIT:09/08 D(SVD)E(COLOST) DT() SONO() AVP-MSD 11/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: OBS: <i>[Handwritten signature]</i> CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)
401-03 ORTOPEDIA ID:17 REG:107854 PACIENTE: BARTOLOMEU JOSÉ DE LIRA HD: PRÉ OP. FRAT. ÚMERO PRÓXIMAL DIREITO DIH:06/08 DIT:06/08 D() E() DT() SONO() AVP MSE 12/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: OBS: CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. ()	401-4 ORTOPEDIA ID:48 REG:107656 PACIENTE: JOSÉ GEORGE FERREIRA DE SOUZA HD: ARTROPLASTIA DE QUADRIL D (S/ SUCESSO)/ INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO FÊMUR D DIH: 30/07 DIT: 31/07 D() E() DT() SONO() AVP MSD 09/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS:02 CH INFUNDIDO 02/08 OBS: P. CARDIO APTO P CIRG. <u>AGUARDANDO SANGUE CHEGAR DO HEMOPE()</u> PACIENTE APRESENTA PRURIDO QUANDO ADMINISTRADO VANCOMICINA CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)
402-01 ORTOPEDIA ID:76 REG:107841 PACIENTE: NIVALDO DOMINGOS DO NASCIMENTO HD: PRÉ-OP DE ÚMERO E / HAS DIH:05/08 DIT: 05/08 D() E(-4) DT() SONO() AVP MSE 11/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: OBS: ECG(OK) P.CARDIOBAIXO RISCO CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)	402-2 ORTOPEDIA ID: 35 REG:107813 PACIENTE: MARCELO MARQUES DE SILVA HD: POI DE FRATURA FECHADO DOS OSSOS DA PERNA E DIH: 05/08 DIT: 08/0 D() E() DT() SONO() AVP MSD 11/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: OBS: FLICTEMAS CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)
402-3 ORTOPEDIA ID: 51 REG: 107887 PACIENTE: ALENCAR VICENTE DA SILVA HD: PRÉ OP DE F. DE ESCAFOÍDE BILATERAL DIH: 06/08 DIT:08/08 D() E() DT() SONO() AVP MSD 12/08 EXAMES A REALIZAR: EXAMES REALIZADOS: TAC PUNHO 08/08 OBS: ECG (OK) P.CARDIO RISCO MODERADO CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)	402-04 ORTOPEDIA ID: 50 REG:107293 PACIENTE: JOSÉ ROBERTO SANTOS HD: 3º DPO DE F. PLATO TIBIAL D DIH:19/07 DIT: 19/07 D() E() DT() SONO() AVP MSD 10/08 EXAMES A REALIZAR: INFUNDIR 1º CH () 09/08 EXAMES REALIZADOS: TAC MTD (OK) 19/07/2º CH 28/07(OK) OBS: P.CARDIO BAIXO RISCO CURATIVO () XXXXXXXXXX PULS. (OK)

Resposta eletrônica 438 gPr 02/08/2018 09:53:00 18121219535117000000038540529



Solicitação de Radiografia

Paciente: CARLOS ANDRE DA SILVA
Registro: 107872 Data da Alta: 10/08/2018

Solicito Radiografia:

RX DO JOELHO D
AP/PERFIL

Motivo: Controle

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia Traumatologia
CRM/PE 26603

Obs: Fazer radiografia no dia da consulta de retorno
ambulatorial, SEM IMOBILIZAÇÃO.

Imobilização

Paciente: CARLOS ANDRE DA SILVA
Registro: 107872 Data da Alta: 10/08/2018

Solicito Imobilização:

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia Traumatologia
CRM/PE 26603

Resposta eletrônica 438 por RENATO CESAR MACHADO SILVA em 11/08/2018 12:12:55 11953511700000038540529



Atestado Médico

Paciente: **CARLOS ANDRE DA SILVA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 06/08/2018.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 10 de agosto de 2018.

Dr. Bruno Daltro

 Ortopedia e Traumatologia

 CRM PE 26693

A Resolução nº 1559/2012 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico confirmado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso de solicitação de diagnóstico, confirmado ou não, sem feição pelo próprio paciente ou seu representante legal, este procedimento deverá estar expresso no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

Fisioterapia

Data do atendimento: 10/08/2018

Paciente:

CARLOS ANDRE DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA EM PLATO TIBIAL D

Nº : VINTE (20) SESSÕES

Dr. Bruno Daltro

 Ortopedia e Traumatologia

 CRM PE 26693

Cabo de Santo Agostinho, 10 de agosto de 2018

República de Pernambuco - 438 609-0000 - CEP: 50000-000 - Recife - PE



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 449768

Data e Hora do Atendimento: 06/08/2018 13:08

Usuário do Atendimento: GISELEMSS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: CARLOS ANDRE DA SILVA

Prontuário: 107872

Nome da Mãe: JOSEFA DA SILVA BALBINO

Nome do Pai: ENOQUE LUIS DA SILVA

Data do Nascimento: 01/06/1991

Idade: 27 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 8662170

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898003417164666

Ocupação Habitual: PEDREIRO

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA

CENTRO

Cidade: TAMANDARE

PE

CEP: 55578000

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM TAMANDARE

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 12

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 06/08/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Autoclave

Diagnóstico: Fratura em tibia fibula

Procedimento: Fixação O. Pn. com Placa e Parafusos

Alta em: 10/08/18 Hora: 13:00

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Dr. Danilo de Aguiar
CRM: 14418
06/08/2018

Resposta eletrônica 438 g. Protocolo: 18121219535131700000038540541

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
25/08/18





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



ev. geral

Atendimento: 449726

Senha da Classificação:

Data e Hora: 06/08/2018 12:54

0033

Paciente: 107872 CARLOS ANDRE DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/08/1991 Idade: 27 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: JOSEFA DA SILVA BALBINO

Nome do Pai: ENOQUE LUIS DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS CRM: 14418

Endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA --

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: TAMANDARE

PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS

RG (Identidade): 8662170

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS: 898003417164666

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

vítima de acidente motorciclístico
Nega vômitos e dor no
Reflexo Abom em Joelho e
Rx: Fratura de tíbia D

Exame Físico

Ortopedia

Edema ++/4+, neurovascular preservado
Sobor + talo joelho D, mald, mald mald e mald

Intervenção

Intervenção

Diagnóstico

Fratura de tíbia D

Conduta Terapêutica

Alta da Cir. Geral
Ao Ortopedista

Prescrição Médica

Profenid 100mg + 100ml 8h IV

D. Belo Horizonte TAC

Resposta eletrônica: 18121219535131700000038540541

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO-FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

363588

TAC



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carlos André da Silva Registro: 107872

Clínica: _____ Enfermaria: 404 Leito: 02

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carlos Andre-da Silva Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	- Serviço Social - Realizado Atendimento Social ao paciente e a família. Prestadas orientações sobre benefícios da Lei Maria da Penha, Lei do IDH, TFD, normas e rotinas da unidade.
	Assinatura do Profissional _____ Nome do Profissional CRP nº ____
	Atendimento Nutricional Data: ____/____/____ Hora: ____:____ hs Nutricionista responsável Alina Polesi Nutricionista CRN 6*7956
	Paciente foi avaliado e classificado em NIVEL Primário. Segue sob acompanhamento nutricional.



PACIENTE:	Carlos André do Silva			DATA:	09/06/18
CIRURGIÃO:	Dr. Edgley			RG:	107872
ANESTESISTA:	Dr. Raul			AUXILIAR:	Dr. Rian / Dr. Francisco
CIRURGIA:	Troca de Placa Tibial			ANESTESIA:	Raqui
ESTRUMENTADOR:	Jaci			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	Raquel			COREN:	975.550
ENFERMEIRA:	Ruana			HORARIO INICIAL:	09:00
				HORARIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (3)

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
RAQUEOST 9,0			

CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO

EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM

LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5

SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA (3)

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,3	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407

Raquel Galvão D. C. Lima
Téc. Enfermagem
COREN-PE 975.550



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Carlos André do Silva Data: 09/08/18 Hora: 09:40 Registro: 107872
Convênio: 5115 Leito: _____ Pa: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Fagundes Anestesiista: Dr. Raulso
Auxiliar: Dr. Rômulo 2º Auxiliar: Dr. Francisco Instrumentador: Jaci

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Prost. Plac. Tibial D Início: 10:45 Término: _____
Anestesia: Raqui Início: 09:55/10:15 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: Maio de emergência

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artoscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Difusor ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmbula Orotraqueal: Sim () Não () Função Venosa: Sim () Não ()
onda Vesical de Demora: Sim () Não () Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não () F.O

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Raqui - Realizada a CIRURGIA: Amarelo de proteto
Raquis - 1-09:055 e sendo
Repetido 09:25-10:15.

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Carlos André do Silva 18121219535144200000038540553
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Apt () Residência ()

Data: 09/08/18 Hora: _____ Enfermeira: Luana Circulante: Raquel D. C. Lima
16 - Enfermagem
COREN-PE 975.550

CÓD. 38807



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Carlos André do Silva Data: 09/08/18 Registro: 107870
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 09:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edley 1º auxiliar: Dr. Rian de Francisco
Anestesista: Dr. João Instrumentador: Jaci
Circulante: Dr. João
COREN-PE 975.590

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lag r	blue → black	HDH ONE EAC
Capote r	09.08.18 01	09.08.18 02 10.08.18 01 04.08.18
Punção	STEAM	STEAM
Borico H.H.II	blue → black	15.08.182858-01.11.182 02.11.08.18
Caixa Camulada 7.0	09.08.18 02	06.08.18 01 07.08.18 02 03.08.18
(Presmed)	STEAM	STEAM
Caixa 4.5 (Presmed)	09.08.18 02	13.08.182858-01.11.182 25.11.182
Ataduro 35 cm	HDH ONE EAC	HDH ONE SIG
Martelo	09.08.18 02	03.08.18 01 05.08.18 02 02.08.18 01
Saco	STEAM	STEAM
Fio 2.0 □	02.11.182059	15.08.182438-01.11.182 14.08.182 04
Ricoudinho	HDH ONE EAC	MOTOR BROCA 001
Backaus.	09.08.18 02	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
	STEAM	CME
	14.08.182852	LOTE:262191
	HDH ONE EAC	PLASMA
	09.08.18 02	EST:08/08/2018
	STEAM	VAL:08/08/2019
	15.08.182859	LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126
	HDH ONE EAC	WWW.EMBRAESTER.COM.BR
	09.08.18 01	MOTOR BROCA 022
	STEAM	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
	15.08.182438	CME
	HDH ONE EAC	LOTE:262191
	09.08.18 01	PLASMA
	STEAM	EST:08/08/2018
	15.08.182438	VAL:08/08/2019
	HDH ONE EAC	LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126
	09.08.18 01	WWW.EMBRAESTER.COM.BR
	STEAM	MOTOR BRONCA S/N
	15.08.182438	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
	HDH ONE EAC	CME
	09.08.18 01	LOTE:262191
	STEAM	PLASMA
	15.08.182438	EST:08/08/2018
	HDH ONE EAC	VAL:08/08/2019
	09.08.18 01	LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126
	STEAM	WWW.EMBRAESTER.COM.BR
	15.08.182438	MOTOR BRONCA S/N
	HDH ONE EAC	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
	09.08.18 01	CME
	STEAM	LOTE:262191
	15.08.182438	PLASMA
	HDH ONE EAC	EST:08/08/2018
	09.08.18 01	VAL:08/08/2019
	STEAM	LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126
	15.08.182438	WWW.EMBRAESTER.COM.BR





HOSPITAL
DOM HELDER



GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Carlos André da Silva data: 09/08/18 Hora: 12:30 Registro: 107872
Leito de origem: Emerg.

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: pro. cino Fratura Plató tibial
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Ryan Anestesista: Dra. Rosana

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: —
Drenos: (X) não () sim Onde: —
Sinais vitais: PA: 123 x 76 mmHg FR: — p/min FC: 77 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	120x69	120x72	109x79	114x66	116x69	
FR	—	—	—	—	—	
FC	68	65	60	59	65	
SaPO2	97%	99%	100%	100%	99%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UII () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Hora: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Rafael
16/2/18



Nome: <u>Ronlos Andre da Silva</u>		Registro: <u>163877</u>	Leito:
Procedimento Cirúrgico: <u>Pro Unia - Frot. Placa Tibial</u>		Data: <u>09.08.18</u>	Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	☒ Proporcionar apoio emocional		
	☒ Dar informação ao paciente e familiares		
	☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado		
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h		
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	☐ Manter o paciente em posição de fowler		
	☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso		
	☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária (☒ Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h		
	☒ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler		
	☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	☐ Outros		
4. Dor (☒) Local: _____ Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	☐ Identificar fatores desencadeantes da dor		
	☐ Registrar características e intensidade da dor		
	☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada (☒)	☐ Descrever características da lesão		
	☒ Realizar curativo de <u>04</u> / <u>24</u> h		
	☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___h		
	☐ Medir decúbito de dreno de ___/___h		
	☒ Manter curativo oclusivo por <u>04</u> h		
6. Sangramento (☒) Local: <u>Artéria e Veia com 43 e 44 g</u>	☐ Aferir pressão arterial de ___/___h		
	☐ Manter decúbito: _____		
	☒ Realizar curativo compressivo		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente		
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	☐ Manter repouso no leito em posição:		
	☐ Outros		





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 107872

Nome: CARLOS ANDRE DA SILVA

Mãe: JOSEFA DA SILVA BALBINO

End.: RUA ALTO DA BELA VISTA

Enferm.: LEITO 05

Atendimento: 449768

Leito: 541

Dt.Cad: 06/08/2018

Dt. Nasc: 01/06/1991

Bairro: CENTRO

Cidade: TAMANDARÉ

CNS: 898003417164566

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
- ☒ Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 2h
- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim RX.
- ☐ Não se aplica

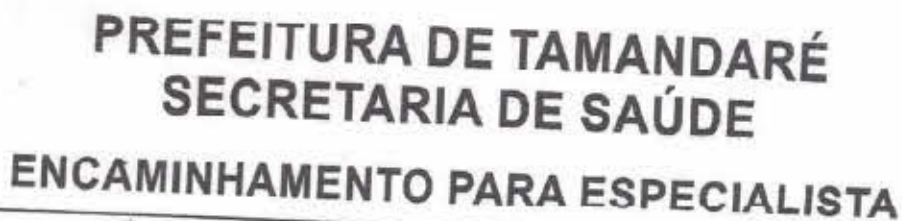
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado Tto. cirúrg. fr. do pto 9 tibial D.
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Danielle Monique da S. F. F. S. S.
Enfermeira
COREN-PE 0004501467





Exames Complementares / Resultados

Justificativa do Encaminhamento

CRM

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

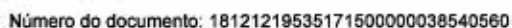
Tratamento Proposto:

Assistência eletrônica 438 p. R\$ 20,00. Cód. ISBN 950-00-0038-5. 018 12 123 9535 179 5300 00038540560

LOCAL:	Na Unidade de Origem
	Na Unidade de Referência
	Outros Serviços

CRM

DATA



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/08/2018 11:51



Nome Paciente: CARLOS ANDRE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/06/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 0033
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/08/2018 12:42 - 06/08/2018 12:48

ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA DA UNIDADE DE SAUDE JOSÉ MUCIO MONTEIRO, REFERE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, REFERE QUE BATEU COM A CABEÇA MAS ESTAVA DE CAPACETE, NEGA INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA, REFERE POSSIVEL FRATURA NO JOELHO. AO EXAME FÍSICO;SPO2:99, FC:90BPM,PA:120X60 MMHG

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Resposta eletrônica 438 g.p. 06/08/2018 12:48 1812129535179535100038540560

Acolhido(a) por: ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/08/2018 12:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Número do documento: 1812129535171500000038540560

Num. 39101365 - Pág. 2



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

09/08/18

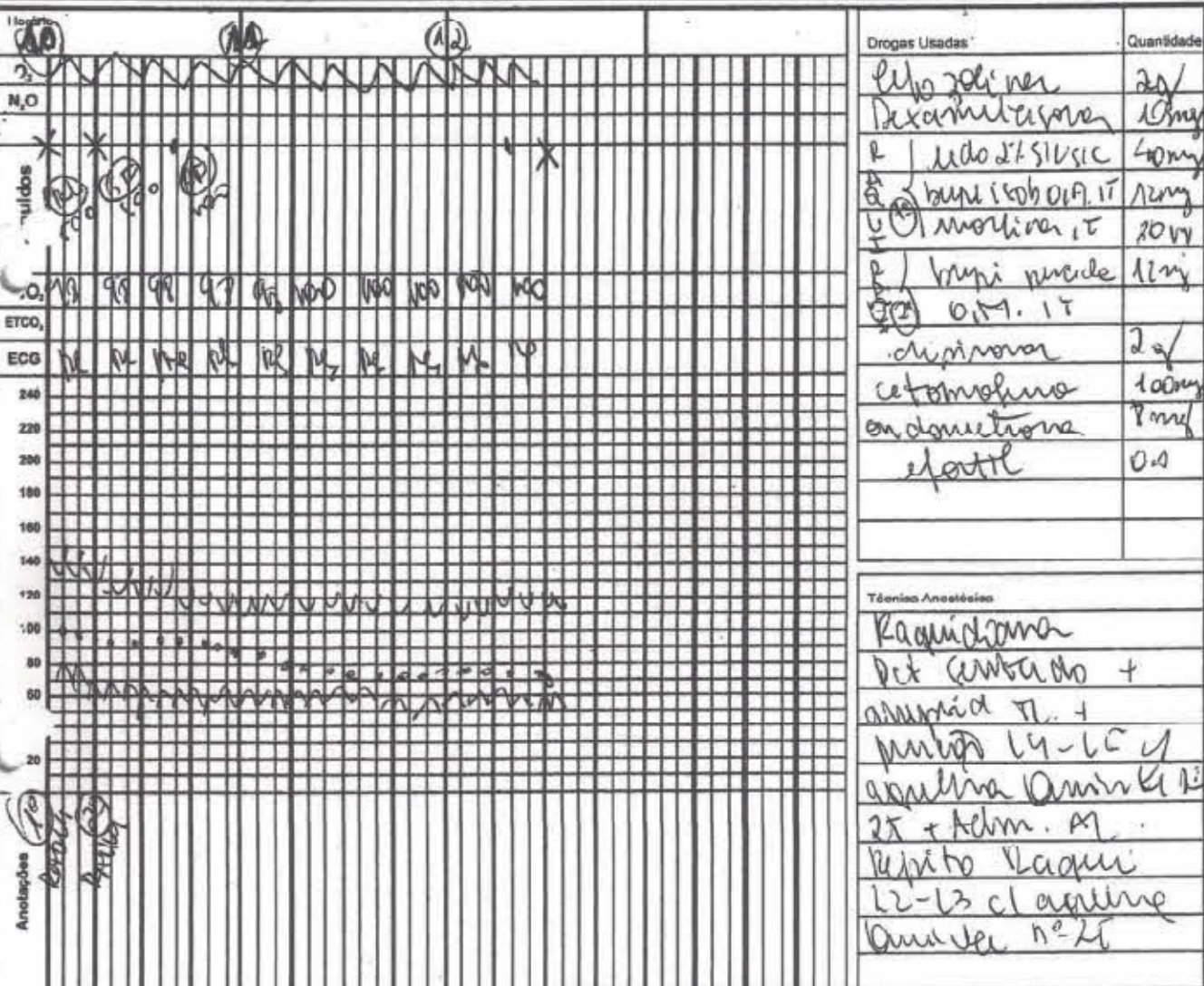
Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Sexo: M Cor: Neg Idade: 27 Risco: I

CRM: 16219 Nome do Anestesiologista: RAÍSSA CASADO Nome do Cirurgião: FERNANDO GONCALVES CARLOS M. KAN

Medicação Pré-anestésica: Neb. 107872 Urgência: ☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial



Drogas Usadas	Quantidade
Propofol	20
Dexametasona	10mg
R. Lidoc. 2% SLIC	40mg
R. bupivacaina 0.5%	12mg
R. morfina 1%	20mg
R. bupivacaina 0.5%	12mg
R. O.M. 1%	20
clonitazina	2g
cetorolaco	100mg
enclonitazina	8mg
efortil	0.5

Técnicas Anestésicas

Raquiocoma
Det. Caudal +
anest. T. +
pneum. L4-L5 cl
anest. Ambr. 12
25 + Achm. A7
Repiro Raqui
L2-L3 cl anest. Ambr. n° 25

Monitorização

☒ Cardíaco ☐ BIS

☒ Oxímetro ☐ Temperatura

☒ PNI ☐ Swan-Ganz

☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases

☐ Capnógrafo ☐ PVC

☐ Estal. Pré-Carotídeo ☐ Estimulador de Nervo

☐ Outros ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado ☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRA

☐ Apert/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência: ☐ NÃO ☒ SIM Falha de bloqueio

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista

Dra. Raissa Casado
Anestesiologista
CRMPE 16219



Aviso de Cirurgia : 37362 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 107872 CARLOS ANDRE DA SILVA Atendimento : 449768
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 541 LEITO 05 Idade : 27 Anos
Dt. Início : 09/08/2018 12:00 Dt. Fim : 09/08/2018 12:43
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

URGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
ANESTESISTA 16219 RAISSA MORAIS CASADO

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA + GARROTEAMENTO E ESVAZIAMENTO DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO POSTERO MEDIAL DE JOELHO DIR
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA ATE ENCONTRO DE FOCO FRATURARIO
6. REDUÇÃO ANATOMICA SOBRE CONTROLE RADIOSCÓPICO COM PLACA 4.5MM 6 FUIROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS
7. FECHAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR COM 2 PARAFUSOS CANULADOS 7.0MM FORA DA PLACA JÁ PREVIAMENTE FIXADA
8. CONTROLE RADIOLÓGICO
9. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9%
10. SUTURA DO FERIMENTO C/ VICRYL 1 E NYLON 3.0
11. RETIRADA DO GARROTE E OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CURATIVO COMPRESSIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

Resposta eletrônica 438 gPr 02/08/2018 12:12:25 158000000038540580

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Carlos André da Silva Registro: 10787 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Distúrbio de consciência motorizado
com tremor em galho 3

História da Doença Atual: 2ª local, edema 1+1+
memorização preservada
neg. HES @ Dir @

Exatidão do plano lateral 1

Interna

Interrogatório Sintomatológico:

05/08/18

Antônio
Oliveira
Carmo

Resposta eletrônica 438 g.p. 05/08/18 05:00:00 121219535158000000038540580



ESCALA DE BRADEN
AValiação DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Carlos Frederico Silva Registro: 107872 Data da avaliação: 06/08/18

Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. □	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4
Umidade Nível de exposição a pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	2
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição no corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínicos). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou movimentos anormais constantes.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		3

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 19



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 08/08/18

Paciente: Carlos André da Silva

Registro: 107872

Peso Atual: 83

Peso Habitual: 87

Altura: 1,74

Idade: 27

Leito: Verde-Stop

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavaliar o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional	
Estado Nutricional	Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)
Ausente (Pontuação 0)	Ausente (Pontuação 0)
Estado Nutricional Normal	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Leve (Pontuação 1)
Perda de peso > 5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Moderado (Pontuação 2)
Perda de peso > 5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Grave (Pontuação 3)
Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 00 RAN Primário

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação = 1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação = 2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação = 3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Resposta eletrônica 438 g por e-mail: COESAB.MATHEUS.CAVALLARI@UNIFESP.br 12/12/2015 15:53:00 3340566

Almeida
Nutricionista
CRN 6ª 7956

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Ellis M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariane Raslan.



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)

Resposta eletrônica 438 p/Pr. RENATO CESAR MATEUS GALVÃO Nº 18.12.1219581697200000038540847



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0127573-57.2018.8.17.2001

Seção A

CARLOS ANDRÉ DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 12 de dezembro de 2018.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Assinatura eletrônica de RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI nº 18121219581703500000038540869

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

