INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DAS PARTES:

OUTORGANTE: GUSTAVO JOÃO DA SILVA, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 5.717.694/SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 031.511.194-17, residente e domiciliado no Engenho Vinagre nº 900, Zona Rural de Tracunhaém/PE, CEP 55805-000.

OUTORGADOS: Drª ALVINA OLIVEIRA SOARES, advogada regularmente inscrita na OAB/PE sob o nº 26.344, **Drª MILLENA MARTINS DA SILVA**, advogada regularmente inscrita na OAB/PE sob o nº 44.495; ambos com endereço na Rua Maria Carolina, nº 136, sala 701, Boa Viagem, Recife-PE, CEP 51.020-220.

DOS PODERES OUTORGADOS

Pela melhor forma de direito, o(a) OUTORGANTE constitui e nomeia como seus bastantes procuradores os OUTORGADOS, para o fim especial de representá-la na Justiça Federal, Cível, Criminal, Eleitoral, e Trabalhista, Juizados Especiais, Instituições Bancárias, e onde mais for necessário, em qualquer instância ou Tribunal, inclusive Extra Judicialmente, e em qualquer órgão da Administração Pública Direta ou Indireta, Autárquica ou Fundacional da União, Estados ou Municípios, podendo os procuradores utilizarem dos poderes contidos da cláusula "ad judicia" et "extra judicia" e os contidos no art. 105 do Código de Processo Civil de 2015. Plenos e ilimitados poderes, especiais, podendo requerer o que necessário for no exercício da defesa dos interesses do(a) OUTORGANTE, receber citação, notificação, intimação, firmar compromisso, nomear prepostos, reconhecer procedência do pedido, acordar, recorrer, transigir, prestar declaração de pobreza, representar em audiências de Mediação e Conciliação, receber Alvará JUDICIAL em nome dos OUTORGADOS, requerer e receber extratos de FGTS, desistir, renunciar o direito sobre que se funda a ação, declarar ou ratificar atos, fazer composições amigáveis em juízo, ou fora dele, receber e dar quitação, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, tudo para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

O(A) **OUTORGANTE** declara encontrar-se em estado de pobreza legal, nos termos do art. 98 do Código de Processo Civil de 2015, não possuindo condições financeiras para custear a despesas da presente demanda em defesa dos seus direito sem prejuízo próprio e do sustento de sua família, requerendo, por conseguinte, a homologação dos nomes dos advogados constituídos, na forma do §4º do art. 2º da Lei 1.060/50. Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seu efeitos legal.

Recife, 06 de novembro de 2018.

GUSTAVO JOÃO DA SILVA
OUTORGANTE

Scanned by CamScanner

Número do documento: 190122113755715000000039658127

TERMO DE RESPONSABILIDADE

GUSTAVO JOÃO DA SILVA, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 5.717.694/SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 031.511.194-17, residente e domiciliado no Engenho Vinagre nº 900, Zona Rural de Tracunhaém/PE, CEP 55905-000.

Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, judicialmente, visto que fui vítima de acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos Municipais, Estaduais e Federais, de total minha responsabilidade que outra cientes deste são.

Afirmo ainda que, esta declaração é expressão a verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da lei, inclusive art. 299 do CPB.

Recife, 06 de novembro de 2018.

GUSTAVO JOÃO DA SILVA

GUSTAVO JOÃO DA SILVA
CPF: 031.511.194-17

Assinado de forma digital por GUSTAVO JOAO DA SILVA:03151119417 Dados: 2018.11.06 11:37:55 -03'00' 19012211375587500000039658149

Scanned by CamScanner

Número do documento: 19012211375587500000039658149

Num. 40241882 - Pág. 1
Número do documento: 19012211375596200000039658170

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

celpe
www.celpe.com.br

T
Atend
Agência da F
de Pernambuco-ARI

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
SEVERINA RAIMUNDA DA SILVA CPF: 033.346.254-86	22/09/2017	15/08/2017	0022039400 18
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA EG VINAGRE 999 RURAL/TRACUNHAEM RURAL 55603-000 TRACUNHAEM PE	TOTAL A PAGAR (R$) 0,24	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/08/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001783779	Nº DO CLIENTE 3001153149 Nº DA INSTALAÇÃO 8003986707

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, prazos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

RESERVADO AO FISCO
FTET: 1245.A.114.3623.0004.037A.3258.0007

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,49850000	14,95
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,46
Contribuição Iluminação Pública			0,33
Multa por atraso-NF 001832343 - 14/06/17			0,03
Juros por atraso-NF 001832343 - 14/06/17			0,00
PROGRAMA(R$)04/2-0000 0000 031 0000			1,00
Compensação DIC Mensal 07/17			16,34-
TOTAL DA FATURA			0,24

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia abaixo(s):

Vencto	Dt Rcav	Valor	Vencto	Dt Rcav
23/06/17	15/06/17	18,00	21/02/17	16/03/17
24/07/17	16/07/17	35,40	22/03/18	14/04/18

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso como poderá ocorrer seu inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos em cobrança direta ou discussão judicial que poderão ser adotadas após processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,49850000

Prazos para manter de fora
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 98, Resolução ANEEL
414/2010.

HISTÓRICO DO CONSUMO

SET	17	
AGO	17	
JUL	17	
JUN	17	
MAI	17	
ABR	17	
MAR	17	
FEV	17	
JAN	17	
DEZ	16	
NOV	16	
OUT	16	
SET	16	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	15,22	0,64	0,10	15,22	3,00	0,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0036000331426387 7	CAT	16/08/2017	1.864,00	15/09/2017	1.891,00	30	1,00000	0,00	27,00

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA LEITURA: 17/10/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCI
UNIDADE CONJUN

DIC-No de Horas sem Energia CONSUMIDO
FIC-No de vezes sem Energia
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico
Custo-Valor do Energia de Uso - R$ 7,40
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art.7º RCN 581/13.

TENSÃO N
2
ALTIP

Representação gráfica da NOTA FISCAL/CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 90120211375615100000039658195

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO
0022039400 18	09/2017	0,24	22/09/2017

Evite a
Data sanfo

90120211375615100000039658195 0024039400 18 09/2017 0000000024 22/09/2017 11352966237

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GUSTAVO JOÃO DA SILVA

RG nº 5.717.694, data de expedição 25/09/2017 órgão SDS/PE,

CPF nº 031.911.194-17, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ENGENHO VINAGRE Nº 900, ZONA RURAL DE TRACUNHAÉM/PE
Número	Nº 900
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ENGENHO VINAGRE.
Cidade	TRACUNHAÉM
Estado	PERNAMBUCO.
CEP	55.805-000
Telefone de Contato	(81) 99256-5474 - 99698-4379
E-mail	NILSON_DACIVIL@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ARAÇOIABA, 02 DE OUTUBRO DE 2017

Assinatura do Declarante: GUSTAVO JOÃO DA SILVA

Número do documento: 19012211375615100000039658195

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GUSTAVO JOÃO DA SILVA.

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.717.694 EXPEDIDO POR SDS/AL EM 25/04/2017

CPF 031.511.194-17 /CNPJ _____, PROFISSÃO TRAB. RURAL

E RENDA MENSAL DE R$ —x— (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GUSTAVO JOÃO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que não as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2191 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 56866-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARACOIABA 2 de OUTUBRO de 2017 GUSTAVO JOÃO DA SILVA

Autenticado digitalmente por ANA PAULA CUNHA SOARES 42241 Número: 1901221137562900000039658208

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de cálculo prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.

Número do documento: 19012211375629000000039658208

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013098945655
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	N.K.TRC.	EXERCÍCIO
1	851516076	**********	2016

NOME
MARIA REJANE DE LIRA
ARACOIABA-CE

CPF/CNPJ	PLACA
072.674.724-60	KHF0662

PLACA ANT./UF	CHASSI
******* /CE	9C2KC08105RL06634

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	GASOLINA

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2005	2005

CAP./POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
27/149CL	PARTIC	PRETA

IPVA	COTA ÚNICA	REND. COTA ÚNICA	VENC./COTAS
	IPVA 2015 QUITADO		1ª ********
	PADÃO IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2ª ********
	******	**********	3ª ********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

ARACOIABA — DATA 05/11/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013098945655 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA REJANE DE LIRA
59690-000
CD ARACOIABA-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	05/11/16

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	072.674.724-60	KHF0662

RENAVAM	MARCA/MODELO
851516076	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	DIG. VER.	Nº CHASSI
2005	09	9C2KC08105R105694

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R$)	DPVAT PAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.

Número do documento: 19012211375640100000039658225

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

*Eu, **LEDILSON JOÃO DA SILVA**, Portador da Cédula de Identidade com **RG. Nº 5.141.914,** Expedida pela SDS/PE, Em 13/01/1994, Inscrito no **CPF/MF sob o Nº 709.911.114-00**, Residente e domiciliado na rua da Jaqueira nº 05, bairro, centro, Araçoiaba/PE, CEP. 53.690-000. Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a Vítima:**GUSTAVO JOÃO DA SILVA,** cujo o condutor era: **GUSTAVO JOÃO DA SILVA.***

Veiculo: Motocicleta

Modelo: Honda/CG-120- TITAN-EX

Ano:2011/2011 - COR: VERMELHA

Placa:PFJ-3644/PE

Renavam: 323197337

Chassi: 9C2KC1660BR508717

Data do Acidente: 04/JUNHO/2017.

Local e Data: ARAÇOIABA/PE. 11 / SETEMBRO / 2017.

Ledilson João da Silva

Assinatura do Declarante

GUSTAVO JOÃO DA SILVA

Assinatura do Condutor

Autenticidade pelo pelo scan 4181 gerado em ALCIONEIRA GOMES DE OLIVEIRA 02/09/2017 11:37:05 Selo: 19012211375654600000039658237

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
Dr. Dilma Cavalcanti
Escrivão Oficial

Número do documento: 19012211375654600000039658237

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP**

Data e hora retirada da senha: 04/06/2017 10:51

Nome Paciente:	GUSTAVO JOAO DA SILVA
Cod. Paciente:	104062
Data de Nascimento:	10/08/1971
Sexo:	Masculino
Idade:	45
Senha:	0015
Convênio:	2 - SUS EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	381646 [redacted]
SAME:	91983

Período: 04/06/2017 11:00 - 04/06/2017 11:09

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	**NAO URGENTE - VERDE**
Cor:	[redacted] VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE ENCAMINHADO PELO SAMU DE ITAPISSUMA COM RELATO DE COLISAO MOTO X CARRO COM FRATURA EXPOSTA DE ATIBIA D E FRATURA FECHADA DE RADIC DISTAL D NEGA HAS DM E AI FRGIAS.
xograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

[illegible]

Data Impressão: 04/06/2017 11:09

Número do documento: 19012211375670600000039658246

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 43264
Paciente : 104062 GUSTAVO JOAO DA SILVA
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO
Leito : 686 VERD2-11
Dt. Início : 04/06/2017 16:04 Dt. Fim : 04/06/2017 16:57
Sala : 0002 SALA 02
Atendimento : 381665
Carteira :
Idade : 44 Anos 14 Dias 17 Horas
Cid Pré-Operatorio : S829 FRATURA DA PERNA, PARTE NAO ESPECIFICADA
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050576 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO:EXTENSO FERIMENTO PERNA DIR + FRATURA FECHADA COMPLEXA DO MALÉOLO LATERAL DIR
INTERVENÇÃO: LC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO INDIRETA COM FIXAÇÃO POR PLACA PONTE
OPERADOR: DR ELIO
1º AUXILIAR: DR CAIO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO EXTENSO RENTE AO TENDÃO CALCANEO E FERIMENTO EM PARTE POSTERIRO DO GASTROCNEMIO
5. REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA COM SF A 0,9% 8.000ML
6. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. REALIZADA INSCISÃO EM REGIÃO DISTAL DA FIBULA, COM PASSAGEM DE PLACA PONTE 1/3 DE CANA COM FIXAÇÃO COM PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
16/06/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

CAIO CAVALCANTI
CRM 22186

DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

19012211375679200000039658259

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:GUSTAVO JOAO DA SILVA REG:104062
CLÍNICA:_____ENFERMAGEM:_____LEITO:_____

DATA/HORA	
4/6/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS -	# ADMISSÃO
DM-	PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO HÁ + - 2
ALERG-	HORAS , COM QUEIXA DE DOR EM PERNA DIREITA,
	E ANTEBRAÇO DIREITO , NEGA VOMITOS E DESMAIO NO
	LOCAL DO ACIDENTE E USO DE BEBIDA ALCOOLICA
	EF : EGR , LOTE , AAA , EUPNEICO , HIDRATADO ,
	NORMOCORADO
	MID : FERIMENTO EM TERÇO DISTAL DE PERNA DIREITA E
	TERÇO PROXIMAL
	MSD : APRESENTA DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONA
	SEM FERIMENTO NO LOCAL
	HD : FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA D
	CD : AO BLOCO
	Dr. Renato Holanda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.345

Número do documento: 19012211375694200000039658291

Número do documento: 19012211375694200000039658291

MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MICUEL ARRAES

IMIP

Atendimento: 381646
Data e Hora: 04/06/2017 11:01

Senha da Classificação: **0015**

Paciente: 104062 GUSTAVO JOAO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 10/06/1971 Idade: 45 anos
Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe:: MARIA SEVERINA DA CONCEICAO
Nome do Pai:
Estado Civil: CASADO
Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL
CRM: 1234/
Endereço: RUA CORONEL RAIMUNDO DI -- GRANJA NOSSA S 1
Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ARACOIABA CE
Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal
Paciente [illegible] de grandes monta carro [illegible] com queixa de dor em MID sem sinais e sintomas no local

Exame Físico
EGB, corado, AA, eupneico, hidratado, orientado
MID: [illegible] em 3º dedo e 3º [illegible]

Hipotese Diagnostica
Fratura exposta de [illegible]

Prescrição Médica
UPM
Go Bloco

Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 36.345

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência
( ) Transferido: Para _____ Senha: _____
[illegible] 19012211375703600000039658301

Número do documento: 19012211375703600000039658301

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534764 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GUSTAVO JOAO DA SILVA **Data do acidente:** 04/06/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DO MID.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PÉ A INVERSÃO/EVERSÃO, MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.
APÓS RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE E TERAPIA DE REABILITAÇÃO EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA ADM DO PE E DO TORNOZELO
ALEM DE ALTERAÇÃO A MARCHA.
COMPLICAÇÕES: INFECÇÃO --> RETIRADA DE MATERIAL CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO PÉ DIREITO.

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

[illegible]221137571250000003965831 3

Número do documento: 19012211375712500000039658313

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

AH-381655

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente: GUSTAVO JOAO DA SILVA

6 - Nº Prontuário: 104062

7 - Nº Nacional do SUS: 700507167489166

8 - Data de Nascimento: 10/08/1971

9 - Sexo: Masculino [X] 1 Feminino [ ] 3

10 - Raça/Cor: 03 - Parda

10.1 - Etnia: 0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEICAO

12 - Telefone do Contato: 8199164281

13 - Nome Responsável: BENEDITO

14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): RUA CORONEL RAIMUNDO DE CASTRO E SILVA, 1 - CENTRO

16 - Município: CRATEUS

17 - IBGE: 230120

18 - UF: CE

19 - CEP: 62750970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Resumo Clínico e Sintomas Clínicos: Paciente vítima de colisão moto x carro há + 2h com perfuração do braço D, mais hemorragia e dor no local

21 - Razões que justificam a internação: Tratamento cirurgico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Hemograma e Exames físicos + Exame de imagem

23 - Diagnóstico Inicial / Código: Fratura de outros ossos do braço

24 - CID 10 Principal: S52.5 | 25 - CID 10 Secundário: | 26 - CID 10 Causas Associadas: Y237

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

28 - Código do Procedimento: 04.09.05.057-5

29 - Especialidade

30 - Caráter de Atendimento

31 - Documento: [X] CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

34 - Data da Solicitação: 04/06/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): Dr. Renato Holanda, Ortopedia/Traumatologia, CRM-PE 25.145 — 12347

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Acidente de Trabalho: ( ) Acid. Trabalho Típico ( ) Acid. Trabalho Trajeto

37 - CNPJ Seguradora

38 - CNPJ / Empresa

39 - Nº Bilhete

40 - CNAE / Empresa

41 - Série

42 - CBOR

43 - Vínculo com a Previdência: ( ) Segurado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizador

45 - Cód. Órgão Emissor: E260000001

46 - Nº da Autorização da AIH: 2617100887478

47 - Documento: [X] CNS ( ) CPF

48 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

49 - Data da Autorização

50 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Número do documento: 19012211375719000000039658324

Código da LA: 387646

Número do documento: 19012211375719000000039658324

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gustavo João da Silva

DATA DO ACIDENTE 04-06-17 CPF DA VÍTIMA 031.511.124-17

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICOS HOSPITALARES REALIZADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO REPETIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURO.COTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 02-10-17	DATA 02-10-17
IDENTIDADE	NOME Roriane
ASSINATURA	ASSINATURA Roriane

Num. 40242063 - Pág. 1

Número do documento: 19012211375727600000039658841

FICHA DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Rua Estrada de Fazendinha, S/N
Jaquaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 381655

Usuário: MONICABSL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GUSTAVO JOAO DA SILVA — Prontuário: 104062
Idade: 45a 9m 25d — Sexo: M — Estado Civil: CASADO — Data de Nascimento: 10/8/1971
Profissão : — Escolaridade :
R.G.: — C.P.F.: — Telefone: — CEP 62750970
Endereço: RUA CORONEL RAIMUNDO DE CASTRO , 1 - CENTRO - ARACOIABA - CE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA — Data e Hora da Internação: 4/6/2017 13:34
Convênio: SUS - INTERNACAO — Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA — Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA — Leito: VERD2-11
Medico Internação: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: FATURADO 16/06/17 — R.G.: — C.P.F.:
Endereço: CLAUDEVAN SOUSA FATURISTA — Numero:
Telefone: — Cidade: — Estado civil :

REVISADO CCIH - HMA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05 / 06 / 17 — Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: [X] Melhorado [ ] A Pedido [ ] Transferência [ ] Óbito [ ] Evasão

Condições de Alta: melhorado

Diagnóstico Principal.....: Fx Fechada de maléolo Lateral + Ferimento Extensão Perna (D) e calcâneo

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: I.C + V.C + Red. Indireta e Fixação Complicação Pontual

Dra. Nicolle Adour
MÉDICA
CRM/PE 16.463

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente — Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

19012211375737800000039658354

_____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Número do documento: 19012211375737800000039658354

05/06/17
8:00h

※ S.O.T

HD: 1) Extensão Ferimento em Perna D - 1º DPO LC + PC

2) Fx Fechada Complexa do maléolo lateral D - 1º DPO de Rest. Imediata c/ Fixação por placa Ponte

PCte estável, sem queixas
BEG, Vígil, Corado, hidratado
Eupnéico, AAA.

E.O.: Bom aspecto, Saída de Drg. secreção sanguinolenta.

Cd: 1) Alta hospitalar p/ Dr. Somma.
p/ ambulatório.

Dra. [illegible]
CRM [illegible]

Número do documento: 19012211375751000000039658363

Atendimento: 381655
Dt Atendimento: 04/06/2017 - 13:34 Dt Alta: 05/06/2017 - 11:32
Paciente: 104062 GUSTAVO JOAO DA SILVA

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 666 VERD2-11 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANACS1

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

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

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:GUSTAVO JOAO DA SILVA REG:104062
IDADE: SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 4/6/2017 DATA DA ALTA 05/06/17
DIAGNÓSTICO:
Fx complexa fechada de maléolo lateral (D)
Ferimento externo em perna (D)

TRATAMENTO REALIZADO:
Red. Indireta + Fixação com placa neutro
LC + DC.

ORIENTAÇÃO:
1) Fratura consolidada
2) Antibiótico + Analgésico
3) Mover perna e manter repouso!

PROGRAMA APÓS ALTA: Retorno com 02 semanas
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(X) NÃO( )
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra. Nayana Filgueira
MÉDICA
CRM/PE 25.484

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Número do documento: 19012211375772800000039658386

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO JOAO DA SILVA REG: 104062
IDADE: _____ SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 4/6/2017 DATA DA ALTA 05/06/17
DIAGNÓSTICO: Fr. complexa 1/3 Chanfro do maléolo lateral (D)
Ferimento Externo em perna (D)

TRATAMENTO REALIZADO: RIO: Indireto + Fixação com placa Bloqueio LL + DC.

ORIENTAÇÃO: 1) Tracion funcional Dicumarol
2) Antibiótico + Analgésico
3) Mover perna e pés. Repouso!

Retorno com 03 semanas

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( ) NÃO(X)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra. Noyana
MÉDICA
CRM/PE

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

19012211375772800000039658386

Número do documento: 19012211375772800000039658386

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARACOIABA
35ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 035° CIRCUNSCRIÇÃO - ARACOIABA - DP35°CIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0125000514

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2017** às **11:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **4/6/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 1, BOTAFOGO** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LEDILSON JOÃO DA SILVA (OUTRO)
GUSTAVO JOÃO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

GUSTAVO JOÃO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOÃO RAIMUNDO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/10/1972** Naturalidade: **IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5717694/SSP/PE (RG), 03151119417 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:
- **992565474**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 900, ENGENHO VINAGRE - CEP: 55805-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**

LEDILSON JOÃO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LEDILSON JOÃO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO JOÃO DA SILVA**
Descrição: **MOTOCICLETA/HONDA CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Renavam: **323197337** Chassi: **9C2KC1660BR508717**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

ALEGA O COMUNICANTE QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO, O MESMO SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO. DIZ A VITIMA QUE TRAFEGAVA COM A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO EM UM CRUZAMENTO FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NÃO FOI POSSIVEL EVITAR O ACIDENTE VINDO A COLIDIR. APÓS O ACIDENTE O VEÍCULO MENCIONADO EVADIU-SE DO LOCAL, SENDO A VITIMA SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU DA CIDADE DE ITAMBUMA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE RECEBEU TRATAMENTO MÉDICO HOSPITALAR. PELO EXPOSTO LEVO AO CONHECIMENTO DESTA AUTORIDADE POLICIAL. CASO AFETO A DELEGACIA DE ITAMBUMA.

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

GUSTAVO JOÃO DA SILVA GUSTAVO JOÃO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por **EVANDRO VENTURA DOS SANTOS** - Matrícula: **220895-4**

Evandro Ventura dos Santos

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ARAÇOIABA
36ª CIRCUNSCRIÇÃO

Número do documento: 19012211375788000000039658399

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 026
EM: 13.07.2017

Atendendo ao requerimento do **Sr Gustavo João da Silva** , portador do Documento de Identidade RG **nº 5.717.691** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **031.511.194-17** , declaramos que no dia 04 de junho de 2017 , o mesmo foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Itapissuma, vítima de colisão entre carro e moto , por volta das 09:50hs na BR 101 , nas imediações do distrito de Botafogo , Itapissuma - PE , sob número de QTC **S 340335** .
Itapissuma, 13 de Julho de 2017.

Gessyk Albuquerque
Coord. SAMU - Itapissuma
COREN-PE: 449.149

Drª. Gessyk Augusta M C de Albuquerque
Coordenadora Geral do SAMU Metropolitano Itapissuma

[illegible]211375805100000039658412

Número do documento: 19012211375805100000039658412

XEROX

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: GUSTAVO JOÃO DA SILVA Registro: 104967

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	20/06/17 #SOT
	HD: Fx dist. ulna esquerda / Fratura coluna RAF. 04/06
	- PEC estável, sinais
	- FO bom aspecto, sem sinais de secreção. Sem hematoma em topografia do fratura coluna em para ortopedia
	CD: Sigam no Retirar sutura Retorno 15 dias
	Dr Bernardo Sampaio Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 23.950
04/07/17	#SEXTA
	HD: Fx epífise ulna esquerda (04/06/17)
	Presença crosta ferida em MID, em topografia de enxerto.
	No exame: FO - bom aspecto sem sinais de secreção.
	Prescrição - mesmos enfermaria em ambiente de consultório, mesmo dia com sinais de sutura.
	Atestado disponível em www.hcpe.com.br/validacaodocumento 19012211375813300000039658425
	Curativo limpo
	Daniel Cabral Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 24031 e Dr. Rafael Kaufmann

Número do documento: 19012211375813300000039658425

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

UNIDADE IMIP

RECEITUÁRIO

GUSTAVO JOSÉ DA SILVA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TORNOZELO DIREITO POR FRATURA EXPOSTA DO MALEOLO LATERAL. EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL, EM PROGRESSÃO DE CARGA. NÃO DEAMBULANDO. RETORNO EM 15 DIAS

CID: S82.6

20/06/19

Dr. Bernardo Sampaio
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 29.950

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Assinado por: [illegible] CNS: [illegible] Data: [illegible] 19012211375823700000039658438

Número do documento: 19012211375823700000039658438

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT: 381655	2 - CNES 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES 6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente: GUSTAVO JOAO DA SILVA

6 - Nº Prontuário: 104062

7 - Nº Nacional do SUS: 700505167489166

8 - Data de Nascimento: 10/08/1971

9 - Sexo: Masculino [X] 1 Feminino [ ] 3

10 - Raça/Cor: 03 - Parda

10.1 - Etnia: 0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DA CONCEICAO

12 - Telefone de Contato: 8199169281

13 - Nome Responsável: BENEDITO

14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): RUA CORONEL RAIMUNDO DE CASTRO E SILVA, 1 - CENTRO

16 - Município: PICUIBA

17 - IBGE: 230120

18 - UF: CE

19 - CEP: 62750970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: Paciente [illegible] a realizar [illegible] caso [illegible] com queixa de dor na [illegible], sem [illegible] e [illegible]

21 - Condições que justificam a Internação: Tratamento cirúrgico

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas: Anamnese + Exame físico + Exame de imagem

23 - Diagnóstico Inicial / Código: Fratura [illegible] direita D

24 - CID 10 Principal: S82.6

25 - CID 10 Secundário: Y237

26 - CID 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado:

28 - Código do Procedimento: 04.08.05.057-5

29 - Especialidade:

30 - Caráter de Atendimento:

31 - Documento: (X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

34 - Data da Solicitação: 04/06/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): Dr. Ivanildo Holanda, Ortopedia e Traumatologia, CRM-PE 25.345 — 12347

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de Trabalho: 38 - CNPJ Seguradora; 40 - Nº Bilhete; 41 - Série

Acid. Trabalho Trânsito: 42 - CNPJ / Empresa; 43 - CNAE / Empresa; 44 - CBOR

Acid. Trabalho Trânsito

Situação na Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:

46 - Cód. Órgão Emissor: E260000001

47 - Nº da Autorização na Inter:

48 - Documento: (X) CNS ( ) CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador:

50 - Data da Autorização:

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH 2617100887478

Código da La: 381646

Número do documento: 19012211375823700000039658438

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GUSTAVO JOÃO DA SILVA portador da carteira de identidade nº 5.717.694 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.511.194-17 residente e domiciliado na EUGENIO VINAGRE - ZONA RURAL Nº 900, Cidade TRACUNHAÉM, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

GUSTAVO JOÃO DA SILVA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARAÇOIABA, 02 DE OUTUBRO DE 2017.

Local e data

Autenticado digitalmente em 02/10/2017 11:37:58 - 190122113758333000000039658448

Número do documento: 19012211375833300000039658448