

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, brasileiro, solteiro, vendedor (atualmente desempregado), portador do RG n.º 8.221.233 SDS/PE e do CPF n.º 086.706.014-00, residente e domiciliado na Rua das Ninfas, n.º 298, Timbó, Abreu e Lima/PE, CEP n.º 53.520-090.

OUTORGADOS: Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosip@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 21 de Janeiro de 2019.

Outorgante: Fernando Salustiano da Silva Filho.



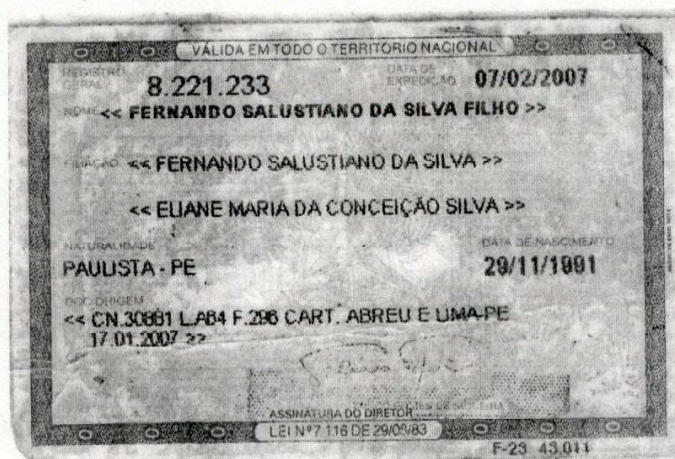
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO, brasileiro, solteiro, vendedor (atualmente desempregado), portador do RG n.º 8.221.233 SDS/PE e do CPF n.º 086.706.014-00, residente e domiciliado na Rua das Ninfas, n.º 298, Timbó, Abreu e Lima/PE, CEP n.º 53.520-090. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 21 de Janeiro de 2019.

Declarante: Fernando Salustiano da Silva Filho.







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **086.706.014-00**

Nome: **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **29/11/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/01/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:28:28** do dia **04/12/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **6FE4.7D02.10B3.432F**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA CPF: 686.238.794-49 NIS: 16055262720	DATA DE VENCIMENTO 16/01/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/01/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 09/01/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 045895550	CONTA CONTRATO 000273308024 Nº DO CLIENTE 2001572691 Nº DA INSTALAÇÃO 0000059568
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DAS NINFAS 298 TIMBO/ABREU E LIMA 53520-090 ABREU E LIMA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpa.com.br	RESERVADO AO FISCO 5305.B81D.C8B3.3368.DEC0.F992.9D96.6747		

DESCRICÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18089318	5,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,31010260	13,02
TOTAL DA FATURA			18,44

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	18,44	0,45	0,08	18,44	2,09	0,38

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,17629850		kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222600		
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	8,34	45,22	
Transmissão	1,23	6,67	
Distribuição (Celpo)	5,76	31,24	
Encargos Setoriais	0,94	4,96	
Tributos	0,46	2,49	
Perdas de Energia	1,81	9,82	
TOTAL	18,44	100	
JAN 19			72
FEV 19			88
MAR 19			72
ABR 19			33
MAI 19			30
JUN 19			30
JUL 19			37
AGO 19			35
SET 19			49
OUT 19			42
NOV 19			44
DEZ 19			42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUM KWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003170732412	CAT	12/12/2018	638.00	09/01/2019	710.00	28	1.00000	0.00	72.00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	CRUZ DE	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC-No.de vezes sem Energia	REBOUCAS	0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,18					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/02/2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! karmelia bolsas calçados e ac: av. brasil 33
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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%(Res44/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
inscrição do ICMS conforme art. XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 20,09 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000273308024	01/2019	0,00	16/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 82953 Série 00051



Fernando Salustiano da Silva Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Fernando Salustiano da Silva
F. P. Filho
Loc. Nasc. Paulista Est. PE Data 29/11/1991
Filiação Fernando Salustiano da Silva
Clara Maria da Conceição Silva
Doc. Nº CN 30.881 F - 296 L - A 64 Exp. 17.01.07

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 17/01/07 DRT Recife e Lima-pe

Elaine Siqueira de Figueiredo
RG - 8402745 SDC/PE



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

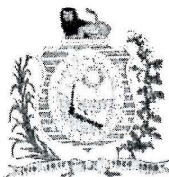
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

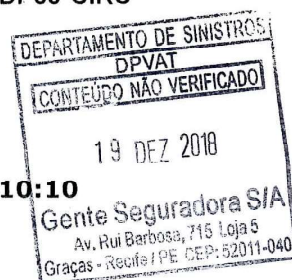
Com. Dispensa CD Nº





045 8350/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123002197**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2018** às **10:10**Complementa o BO Número: **18E0123001888**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia
18/9/2018 no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BR - 101, FABRICA DE GESSO - IGARASSU/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1 - Bairro: CENTRO -**
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DSCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO DIEGO ROCHA ALENCAR (OUTRO)
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FERNANDO
SALUSTIANO DA SILVA FILHO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): UM ELEMENTO
DSCONHECIDO



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

FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIANE
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA Data de Nascimento: 29/11/1991
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

UM ELEMENTO DSCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DESC Pai: DESC
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

THIAGO DIEGO ROCHA ALENCAR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESC Pai: DESC
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO,**
que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05/12/2018 10:10



Placa: **PGB0265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2BB0210DR409233**

UM VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DSCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DSCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR-101 QUANDO PROXIMO A FABRICA DE GESSO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM AO MESMO E LOGO EM SEGUIDA FREIOU EM SUA FRENTE CAUSANDO UMA COLISAO DO VEICULO COM A MOTOCICLETA COM A COLISAO A VITIMA PROSTOU-SE AO CHAO LOGO APOS A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SRA, JESSICA PARA UPA DE IGARASSU E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FOI SERURGIADO CONFORME LAUDO MEDICO.

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

Fernando Salustiano da Silva Filho
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **BARTOLOMEU BELTRÃO DE FARIAS FILHO** - Matrícula: **3847306**



05/12/2018 10:10



24 HORAS - IGARASSU

Turno da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 07:25

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA SIC
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0029
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2018 07:36 - 18/09/2018 07:37

Atendente: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Gravidade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Síntoma Principal: ESCORIAÇÕES PELO CORPO E IMPACTO MAIOR EM MAO E. DEPOIS DA QUEDA DE MOTO.

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

Programa sintoma: TRAUMA

Criminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- RÉGUA DE DOR: 5
- P.A. DISTOLICA: 61.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 117.00 MMHG

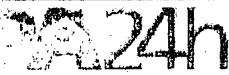
Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 07:37

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA IGARASSU - IGARASSU



NÍVEL DE PRONTO ATENDIMENTO

Atendimento: 1006991

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 18/09/2018 07:42

Paciente: 15083 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 29/11/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DAS NINFAS

220

Bairro: TIMBO

Município/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53520340

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

CPF (Identidade): 8217245

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 35414491

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

OCCUPAÇÃO
PROFISSIONAL

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: ____/____/____

HORA 07:42

SÍNTOMA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

AVOIDENTE DE HOTO NA TORÇA DO M. SE (PUNHO E MÃO)
SEM OUTRAS LESÕES.

EXAME FÍSICO:

ODONTÓLOGO, FIDELIDADE
HSE = DDU + EDEMA + FIDELIDADE DO S. D. (MÃO)
ODONTÓLOGO SILVESTRE
DE M. SE TORÇA DO S. M. T.

DIAGNÓSTICO (S) DIAGNÓSTICA (S):

FURTO EXPOSTA DO S. M. T.

INDICAÇÃO DE EXAMES:

De

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812OCCUPAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) TERAPIA	23	
2) LANTAS	1	
3) TRANSFERÊNCIA PARA M. T.		

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

Sinal / Crepepe:

CAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Sinal / Crepepe:

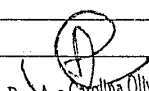
Cibero por meios próprios

Rodrigo Victor Lapenda
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20812

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

18.09.18 às 09:45, Paciente Maque em remissão an
HMA em melhores condições conforme autoriza-
ção médica.


Dra. Ana Carolina Oliveira
COREN-PE 321360 - ENF

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescriçãc

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IMI

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2018 10:18

Nome Paciente: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Cód. Paciente: 12157
Data de Nascimento: 29/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: 0018
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 445149
SAME: 6412



Período: 18/09/2018 10:55 - 18/09/2018 10:57

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

FERIMENTO EM 5ª QDE HA 3 HORAS, APÓS RELATO DE QUEDA DE MOTO; NEGA DE PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS;
NEGA AHS, DM E ALERGIAS

Observação:

ENCAMINHADO UPA-IGARASSU COM SENHA 5515726

Exograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- GLICOSE: 176.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim (x) Não ()

Local 5ª Ave

..... Andressa

Enfermeiro

REVISADO
NEP! MIA

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2018 10:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 05/02/2019 14:35:40

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19020514354016300000040204353>

Número do documento: 19020514354016300000040204353

Num. 40798794 - Pág. 4

Atendimento: 445149
Senha da Classificação:
Data e Hora: 18/09/2018 10:21
0018
Paciente: 12157 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 29/11/1991 Idade: 26 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ELIANE MARIA DA CONCEICAO SILVA Nome do Pai: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: NINFAS
298
Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA
PE
Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

Per + sangramento na mão (E) após queda 1 mês há 13 horas. Não alívios ou analgésicos

Exame Físico

*Ext. conserte, orientada apical
mão (E) - Deformidade + edema; ferimento e lacer do 5º DPE;
hemorragia na região tenar*

Hipótese-Diagnóstico

ex. exposta L 5º MTCE

Prescrição Médica

Antibiótico.

*Assinado eletronicamente por:
Miguel Arraes
CRM-PE 24569*

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para
Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação




Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO		12157	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
30205422255324	29/11/1991	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
ANE MARIA DA CONCEICAO SILVA		0000 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
ENORADO		8192387099	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
INFAS, 298 - TIMBO		81-9238-7099/8830-4591	
Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BRÉU E LIMA	260005	PE	53520090

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, HA +- 03 HORAS, APRESENTA DOR + SANGUEAMENTO EM MÃO ESQUERDA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

3 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO	S623	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS		0408020377	
2 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	700402985385947
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA		18/09/2018	Manoel Oliveira Ferreira CRM-PE 24589

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
Vínculo com a Previdência		
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

5 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
CNS () CPF		
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Eagner Athayde Médico Ortopedista CRM 16663 - TEOT 12551	

AIH
261810164108-9

Código do Laudo: 445149



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 18/09/2018
Hora.....: 22:36

Ficha de Cirurgia Descritiva

Processo de Cirurgia : 51937
Paciente : 12157
Convênio Atend. : 1
Leito : 777
Dt. Início : 18/09/2018 22:02
Pré-Operatório : S623
Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
SUS - INTERNACAO
VERMELHO EXTRA02
Dt. Fim : 18/09/2018 22:48
FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO
Atendimento : 445183
Carteira :
Idade : 26 Anos 20 Dias 22 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050462
Convênio: 001
Anestesia: 74
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

URGIAO
14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO QUINTO METACARPO E
CIRURGIA: LC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO
CIRURGIÃO: DR KAUFFMAN
1º AUXÍLIO: DR CAIO
ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DORSAL A NÍVEL DO QUINTO META E
5. LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO 5000ML
6. FIXAÇÃO COM 01 FIOS DE K
7. SUTURA COM NYLON 3.0
8. CURATIVO;

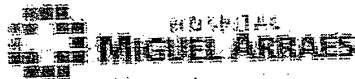
Descrição Complementar

Adicionados Cirúrgicos:

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





RÉSUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO REG: 12157

IDADE: 26a SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 18/9/2018 DATA DA ALTA: 18/09/18

DIAGNÓSTICO: FALCÃO EXPSTA 5º MET. CORPO EXAMINADO

TRATAMENTO REALIZADO:

Exame físico e exames laboratoriais + Rx K

ORIENTAÇÃO:

- Continuar com a medicação
- Manter dieta MCE
- Retornar ao trabalho em 14 dias
- Retornar ao trabalho ambulatorial para Dr. Fábio Kautzman

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **445183**

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO** Prontuário: 12157
Idade: 26a 9m 20d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1991
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 8221233 C.P.F.: Telefone: 81-9238-7099/8830-4591 CEP 53520090
Endereço: NINFAS, 298 - TIMBO - ABREU E LIMA - PE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 18/09/2018 13:27
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA02
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/09/18 Hora da Alta: 07:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BOAS condições clínicas

Diagnóstico Principal..... FO APTA SEM TCE 01/10/18

Diagnóstico Secundário01..

Diagnóstico Secundário02..

Procedimento..... LC + DL + Fio K

REVISADO
CCIH-HMA

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, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2Q00 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: ANDERSONSC
Em: 18/09/2018 13:13

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 445149 **Prontuário:** 12157 **SAME:** 6412 **Hora Atend:** 10:21 **Data Atend:** 18/09/2018
Paciente..... : FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO **Idade:** 26 a
Endereço..... : NINFAS
Bairro..... : TIMBO
Cidade..... : ABREU E LIMA **UF...:** PE **CEP:** 53520090
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA **Plano...:** PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 18/09/2018 **Hora Saída :** 13:26

Prestador da Evolução Médica: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

DIAGNOSTICO

SOLICITADO PELA ENFERMEIRA FERNANDA

MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 445183
Dt Atendimento: 18/09/2018 - 13:27
Paciente: 12157 FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO
Dt Alta: 19/09/2018 - 12:00

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Leito: 777 VERMELHO EXTRA02
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: RYANERB

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

RAYANE RIBEIRO BELCHIO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** 4515726
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: FEDERADO SAUSANA DA SILVA Idade: 26
 Sexo: M () F () Profissão: Fone:
 Endereço Residencial: Bairro:
 Cidade: CARLIÃO AQUIDAUANA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: TRAJUMA NA MÃO (E) WY LESÃO MÚLTIPLA
WY LESÃO MÚLTIPLA
 Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE MÃO (E)

AValiação Clínica

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

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

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



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 12

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Extase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____ Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente



SINISTRO 3180597453 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** FERNANDO SALUSTIANO DA SILVA FILHO**CPF/CNPJ:** 08670601400**Posição em 02-02-2019 14:14:34**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

<

>

