

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Andre Felipe dos Santos
Brasileiro, solteiro,
desempregado, portador(a) do RG nº 7.930.488 SAS /PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 078.235.144-19, residente e
domiciliado(a) à Rua Rua Rita Antonio Felis
35, CS-B-Vila Bela da Reli Fe - PE CEP:
52090-240

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 substabelecer com ou sem reservas de direitos e,
especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido
administrativo de indenização DPVAT.

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, 30 de outubro de 2019.

Andre Felipe dos Santos
NOME DO OUTORGANTE

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 André Felipe dos Santos
Solteiro, Presumidamente
portador(a) do RG nº 7.930.1188 SDS - PE, inscrito(a)
no CPF sob o nº. 078.235.744-19, residente e domiciliado(a) à
Rua Rua Rita Antonio Felix
nº 35, CS-B. Nova Doralta Recife -PE,
CEP: 52090-240, 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, 30 de outubro de 2019.

André Felipe dos Santos



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, André Felipe dos Santos,

RG nº 4.930.488 data de expedição 03/12/2005, Órgão SDS PE,

CPF nº 078.235.144-19, 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)	<u>Rua Rita Antonio Felis</u>
Número	<u>35</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PS-B-Nova Pucaborda</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52090-240</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: André Felipe dos Santos







Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.htm

BARREIROS CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Titular: MARIA LUIZA DE MORAES COSTA
Telefone: (81) 36751-481



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Maria Luiza de Moraes Costa, Tabeliã. Emolumentos R\$ 3,07 TSNR R\$ 0,68 FERM R\$ 0,03 FUNSEG R\$ 0,07 FERC R\$ 0,34

Selo: 0076372.OEK10201902.00349 25/10/2019 10:44:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 072ª CIRCUNSCRIÇÃO - BARREIROS -
DP72ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0162001237

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/10/2019 às
11:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 12/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BARREIROS, 01, EM FRENTE A
BIOFORMA - Bairro: CENTRO - BARREIROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ISABELA CRISTINA DA SILVA PEREIRA (OUTRO)
ANDRE FELIPE DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): ANDRE FELIPE DOS SANTOS

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

ANDRE FELIPE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
NATALICE OLIVEIRA DOS SANTOS Pai: ROMILDO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento:
2/8/1994 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BARREIROS, 117, 2 TRAVESSA RUA DR VICENTE
GOMES DE MATOS - CEP: 0 - Bairro: BARRO VERMELHO - BARREIROS/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

ISABELA CRISTINA DA SILVA PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ISABELA CRISTINA DA SILVA
PEREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANDRE FELIPE DOS SANTOS



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PCS0527** (PERNAMBUCO/BARREIROS)

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR ANDRÉ NOTICIANDO QUE QUANDO ESTAVA SE DESLOCANDO NA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE BARREIROS E POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL DOM ELDER. QUE SOPREU UMA FRATURA NA FÍBULA.

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

Andre Felipe dos Santos
ANDRE FELIPE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Ananias Francisco das Chagas* - Matrícula: **3869822**

BARREIROS CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Titular: MARIA LUIZA DE MORAES COSTA
Telefone: (81) 36751-481

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé _____ Maria Luiza de Moraes Costa, Tabeliã. Emolumentos R\$ 3,07 TSNR R\$ 0,68 FERM R\$ 0,03 FUNSEG R\$ 0,07 FERC R\$ 0,34

Selo: 0076372.QOY10201902.00350 25/10/2019 10:44:10
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA2a 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



www.celpe.com.br

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 de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

DANIELE ENEDINA DA CONCEICAO

CPF: 064.442.394-35

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RITA ANTONIO FELIX 35 CS- B

NOVA DESCOBERTA/RECIFE

52090-240 RECIFE PE

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.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

07/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

079629470

CONTA CONTRATO

007023144802

Nº DO CLIENTE

2002264237

Nº DA INSTALAÇÃO

0006299705

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2E17.CC98.D87D.5BFD.47D7.AEB7.DD72.E202

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88,00	0,81069952	71,34
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,41
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,08
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 068123876-04/07/19			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 072108145-05/08/19			0,59
TOTAL DA FATURA			89,28

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
75,83	25,00	18,95	75,83	1,29	0,97	75,83	5,95
						4,51	

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	%
Transmissão	24,00	31,65
Distribuição (Celpe)	2,63	3,47
Encargos Setoriais	15,98	21,07
Tributos	3,76	4,96
Perdas de Energia	24,43	32,22
TOTAL	5,03	6,63
	75,83	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT	19	kWh
OUT	19	88	
SET	19	90	
AGO	19	83	
JUL	19	102	
JUN	19	103	
MAI	19	128	
ABR	19	134	
MAR	19	138	
FEV	19	104	
JAN	19	102	
DEZ	18	158	
NOV	18	122	
OUT	18	111	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000003154701221	CAT	04/09/2019	3.998,00	07/10/2019	4.086,00	33	1,00000
							0,00
							88,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
Limite DICRI: 12,22					
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! panificadora modelo: av vereador otacilio azevedo 2480 nova descoberta / t. j. de albuquerque ferreira: corrego jose idalino brejo da guabirabaLista completa em www.celpe.com.br." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. 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 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
007023144802	10/2019	0,00	21/10/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 23/11/2019 07:27:04
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112307270422400000053555537
Número do documento: 19112307270422400000053555537

03/11/2019 19:48

Num. 54430951 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE

Nº 011972265703

BO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA ANT./UE 066.297.134-51

ISABELA CRISTINA DA SILVA PEREIRA

BARREIRO3-PE

066.297.134-51

PLACA
PC30527

***** 9C2JC4830FR064510

PAS MOTONETA

ALCO/C280L

MARCA/MODELO

HONDA/BIZ 125 EX

ANO FAB. ANO MOD.

2015 2015

CAP/PT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1º

IEVA 2015 QUITADO

FAIXA IRVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

CONSERVAÇÃO

AL. STD. ADM. CO. NAT. HON. A. LTDA

TRANSF. LICENÇA

LOCAL

BARREIRO3-PE

13/07/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 011972265703 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ISABELA CRISTINA DA SILVA PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

A BARREIRO3-PE

EXERCÍCIO

2015

DATA EMISSÃO

13/07/15

PLACA

1

CPF / CNPJ

066.297.134-51

PLACA

PC30527

RENAVAM

1054896876

MARCA / MODELO

HONDA / BIZ 125 EX

ANO FAB.

2015

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2JC4830FR064510

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

POIS NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Isabella cristina da Silva Pereira,

RG nº 8036952, data de expedição / / ,

Órgão SPS, portador do CPF nº 066.294.134-51, com

domicílio na cidade de Barreiros, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. Celino dos Anjos nº 313, complemento ,

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Andre Felipe das Santos.

Veículo: Ano: 2015

Modelo: Honda Biz 125 EX

Placa: PCS 0527

Chassi: 9C2JC4830FR064510

Data do Acidente: 12/09/2019

Local e Data:



Isabella cristina da Silva Pereira
Assinatura do Declarante

BARREIROS CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO	
Titular: MARIA LUIZA DE MORAES COSTA	
Telefone: (81) 36751-481	
Reconheço por Autenticidade a letra	firma de ISABELLA
CRISTINA DA SILVA PEREIRA. Dou fé. Em Testº	da
verdade. Maria Luiza de Moraes Costa. Tabeliã.	
Emolumentos R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$	
0,08 FERC R\$ 0,40	
Selo: 0076372.KQA10201902.00262 23/10/2019 12:43:07	
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital	





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Barreiros - PE		Geres	
	Unidade Sentinela PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS	CNES 2499975	Vítima Nº	
	Data do atendimento 12/09/2019 às 2000-01-01 09:34:00 -0200	Número de Registro/Prontuário 000014571		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ANDRE FELIPE DOS SANTOS			
	Sexo ☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado		Data de nascimento 02/06/1994 ☐ 9 Ignorado	
	Idade 25 ☐ 9 Ignorado		Ocupação DESEMPREGADO ☐ 9 Ignorado	
	Município de residência Barreiros - PE		Código IBGE 260140	
	Raça/cor ☒ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 indígena ☒ 9 ignorada			
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente <u>Barreiros</u>			
	Zona de ocorrência ☒ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada			
	Endereço do acidente			
	Data do acidente <u>12/09/2019</u>		Hora do acidente <u>11:00</u>	
	Dia da semana do acidente ☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☒ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB		Tipo de Vítima ☒ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado	
	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente ☐ 1 A pé ☐ 2 Automóvel ☒ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Pesado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro			
	Acidente relacionado ao trabalho? ☒ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		Tipo de acidente ☐ 1 Colisão/abalroamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Atropelamento ☐ 3 Tombamento/capotamento ☒ 8 Outro <u>sem colisão</u>	
	Outra parte envolvida no acidente ☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 9 Ignorado ☒ 88 Não se aplica ☐ 8 Outro			
	Fatores relacionados ao acidente			
	Excesso de velocidade ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☒ 9 Ignorado		Uso de cinto de segurança pela vítima ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☒ 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☒ 9 Ignorado		Uso de bebida alcoólica pelo condutor ☐ 1 Sim ☒ 2 Não ☐ 9 Ignorado	
	Sono do condutor ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☒ 9 Ignorado		Condutores tem habilitação ☐ 1 Sim ☒ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 88 Não se aplica	
Outro fator relacionado ao acidente				
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela ☒ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 A pé ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela ☒ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 5 Morto ☐ 9 Ignorado		Transferência da Vítima ☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento <u>BRUNO MELO</u>		Função <u>MEDICO</u>	
	Observações			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, André Felipe dos Santos,
RG nº 4.930.488 data de expedição 03/12/2005, Órgão SDS PE,
CPF nº 078.235.744-19, 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)	<u>Rua Rita Antonio Felis</u>
Número	<u>35</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PS-B-Nova Pucaborda</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52090-240</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: André Felipe dos Santos





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621437

Vítima: ANDRE FELIPE DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRE FELIPE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01917/01918 - carta_03 - INVALIDEZ

00060959



Carta nº 15067910





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 522231
Usuário do Atendimento: MIKAELNH

Data e Hora do Atendimento: 13/09/2019 13:22
Convênio: SUS - INTERNACAO

Prontuário: 120222

Nome do Paciente: ANDRE FELIPE DOS SANTOS

Nome do Pai: ROMILDO JOSE DOS SANTOS

Nome da Mãe: NATALICE OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Nascimento: 02/06/1994

Idade: 25 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7930488

SDSPE Data Emissão: 03/11/2005

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Ocupação Habitual: DESEMPREGADO

Carteira Nacional SUS: 898003722758418

Endereço: RUA VICENTE GOMES DE MATOS

117

CENTRO

Fone: 984372556

Cidade: BARREIROS

PE

CEP: 55560000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 20

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, 13/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

Andre Felipe dos Santos

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Fract. do malleolo lateral (E)
Osteosintese
Ijaciel Soares
CRM: 17726 / RQ: 1093

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 17 SET. 2019

Hospital Dom Helder Camara
CCIH
17/09/2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 522222

Senha da Classificação:

0030

Data e Hora: 13/09/2019 13:11

Paciente: 120222 ANDRE FELIPE DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/06/1994 Idade: 25 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: NATALICE OLIVEIRA DOS SANTOS

Nome do Pai: ROMILDO JOSE DOS SANTOS

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA

CRM: 15820

Endereço: RUA VICENTE GOMES DE MATA -- BARRO VERMEHL 117

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: BARREIROS

PE

Usuário Atendimento: MARIANPO

RG (Identidade): 7930488

SDSPE

Data de Emissão: 03/11/2005

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 984372556

Cartão SUS: 898003722758418

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Pctg. virmo DG Acnute moteculstro Ho
e nio. eucur ci Der + Edema. n tuz.

AC RX: Frst. DG malêdo lateral @.

Exame Físico

lucrc. onctore. Gbsscu ls.
UGerouacub pvenhanc
mobrlmnc @

Histórese Diagnóstico

Frst. DG malêdo lateral @.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

1- RX DG tuz AP vgrancuro + nupll

RX pg ap+chirqua

2- tab BctA.

3- Inlcr mce respitabr

Dr. Igor Abutrab
Médico CRM-PE 27778

13 SET. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

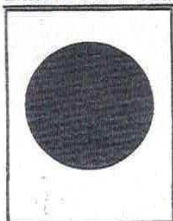


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/09/2019 12:14



Nome Paciente: ANDRE FELIPE DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0030
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 13/09/2019 12:54 - 13/09/2019 12:57

JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DO MUNICIPIO DE BARREIROS COM SENHA 5769506 PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA. RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 01 DIA COM TRAUMA EM MIE (SEM USO DE CAPACETE). CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM CADEIRA DE RODAS.

Observação:

HAS-/ DM-/ DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.
FC=72BPM.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 80.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %

Juliana Bion Oliveira
Coren-PB 445.775-ENF

Acolhido(a) por: JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/09/2019 12:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

Nome do paciente: André Felipe dos Santos Registro: _____ Data da avaliação: 13/01/15

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra 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 déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
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.
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.
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 do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
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 laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros 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 laticínios. 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, laticínios). 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, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	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 agitação leva a fricção quase constante.	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.	

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

Pontuação Total _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

UNIDADE DE ORIGEM:

IDADE: 25

PACIENTE:

André Felipe dos Santos

PAI:

MÃE:

ENDEREÇO:

EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADOS: Ref. a favor de queda de um braço
m. H. L. Sem compressão. Sem TCE. (A) 125 mmHg (B) 125 mmHg
(C) 125 mmHg (D) 125 mmHg (E) 125 mmHg
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão (E). Análise de imagem, com exame de imagem
fotografia de fratura distal (E)

CONDUTA ADOTADA:

1- Realizar de fratura distal (E) 3- Dipsirone, IM
2- Voltar ao trabalho - Rápido, IM

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:

ENCAMINHADO PARA:

Ortopedia

DOM HILDER

DATA:

10.10.19

NOME:

Dr. Bruno Melo
CRM: 24723

Sinal: 57695

CRM:

UNIDADE ESPECIALISTA:

EXAME CLÍNICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PERECER DO ESPECIALISTA:

TRATAMENTO PROPOSTO:

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM
NA UNIDADE DE REFERÊNCIA
OUTROS SERVIÇOS

☐
☐
☐

NOME

CRM

DATA



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: A. da Silva de Souza DATA NASC: 07/06/84
REGISTRO: 120922 DATA: 14/09/19 HORA: 6:00h
SETOR DE ORIGEM: Nad SETOR DE DESTINO: Bloco

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>com, alerta</u> PA: <u>120/80</u> Pulso: <u>70</u> Temp: <u>36,5</u> FR: <u>18</u> Oximetria: <u>98</u> () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u></u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato: <u></u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: <u></u> Horário: <u></u> Drogas Venozas: () Não () Sim Qual: <u></u> Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u></u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <u>() Não () Sim</u> // SVD <u>() Não () Sim</u> Alergia: <u>() Não () Sim</u> Qual: <u></u> Hemoderivados: <u>() Não () Sim</u> Qual: <u></u> Medicação de uso contínuo: <u></u> Riscos: () QPP () Queda <u>() Queda</u> () Outros: <u></u> Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediária () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: <u></u> Exames de Imagem: () Realizado <u></u> () Pendente <u></u> Curativo: <u>() Não () Sim</u> Local: <u></u> Isolamento: () Não () Sim Qual: <u></u>

Enviado por: Ass. Médico: Ass. Enfermeiro:
Recebido por: Ass. Enfermeiro: Hora:



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico Respirometria

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: André Felipe dos Santos RG: 7.930.488
Data de nasc.: 02/06/1994 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 17 de Setembro de 20 19.

André Felipe dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, terezinha cristina, CRM: 8040, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 14 de Setembro de 20 19.

Terezinha C. Silva
Assinatura do médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



Exame Físico:

pulso $\oplus$
urgente com presença.

Antecedentes Pessoais:

UGA2

Medicações em Uso

U

Antecedentes Familiares:

U

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fract. maléolo lateral

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Antibiótico DZG: Int.
Hsp Hbbr

Cabo de Santo Agostinho, / /

Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM-PE 2727

13 SET. 2019

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: AUDRÉ FELIPE DOS SANTOS Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: IRC Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: DCR + edema tuzc

História da Doença Atual:

Frst. DG maledo @ FECHAM
APÓS ACIDENTE MOTORCICLISTA HÁ CLDM.

Interrogatório Sintomatológica:

DCR + edema



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER. 001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansão	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☒ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Dr^o(a) Marcelo Machado, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☒ Tratamento: osteomaxila de Fratura de Tornozelo Esquerdo
☐ Assistência clínica: _____ ou
☐ Procedimento: _____
☐ Exame: _____

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: André Felipe dos Santos RG: 4.930.488
 Data de nasc.: 02/06/1994 Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, 13 de Setembro de 20 19.

André Felipe dos Santos
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, Marcelo Machado, CRM: 16598, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, 14 de 09 de 20 19

Dr. Marcelo Machado
Assinatura / Carimbo do Médico

Rodovia BR 101 Sul - KM 28, Cabo de Santo Agostinho - PE; CEP 54510-000
 Fone: 3183-0000



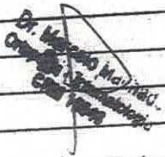
**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: André Felipe dos Santos Registro: 120222

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: _____ Leito: _____

Clínica: <u>odontologia</u>	
Data/Hora	
14.09.19	2 ORTO PERM
10h	ROT Esti tornozelo ①
	N/ intercorrências
	A SR
	ATB profilaxia
	Lx
	

CÓD. 3825

CÓD. 3825



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

Data: 14/03/19.

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 8:00

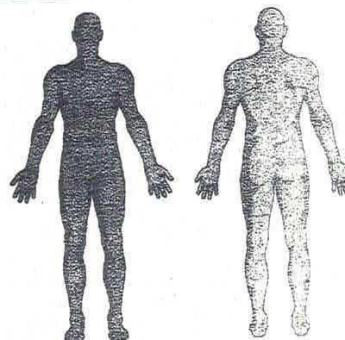
GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: André Felipe da Silva
Data de Nascimento: 21/09/79 Registro: 82.2222
Setor: Nódulo Leito:

SINAIS VITAIS

PA: 120x80 T: 36°C HGT: —
Observação:



ENTREVISTA

HIPERTENSO: SIM () NÃO (✓) MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO: SIM () NÃO (✓) MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS: TABAGISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
ETILISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX (✓) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()
TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO: SIM () NÃO (✓) Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS: SIM () NÃO (✓) GRUPO SANGÜINEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI: SIM () NÃO (✓) Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA

SIM () QUAL: _____
NÃO (✓) OBSERVAÇÃO: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL: _____
NÃO (✓) OBSERVAÇÃO: _____

SIM () QUAL: _____
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()
SVD ()
Outra: _____

DRENO

SIM () NÃO ()
Qual: _____
Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEIUM: SIM (✓) NÃO () À partir do dia: ___/___/___ às : Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO: SIM (✓) NÃO () Observação: _____
TRICOTOMIA: SIM (✓) NÃO () Observação: _____
RETIRADO ADORNOS: SIM (✓) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas: _____
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: SIM () Quais/Datas: _____
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: SIM (✓) Observação: _____ LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (✓) Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD 38404



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 14/09/2019

Hora.: 09:47

Aviso de Cirurgia : 42964

Paciente : 120222

Convênio Atend. : 1

Leito : 626

Dt. Início : 14/09/2019 09:55

Id Pré-Operatório : S826

Id Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

ANDRE FELIPE DOS SANTOS

SUS - INTERNACAO

LEITO 20

Dt. Fim : 14/09/2019 09:55

FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento : 522231

Carteira :

Idade : 25 Anos

Procedimento: 0408050497

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUX
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
8010 TEREZA CRISTINA DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

FRATURA MAELOLO LATERAL TORNOZELO ESQUERDO
CIRURGIA PROPOSTA: RAFI
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: TEREZA

DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. GARROTEAMENTO DE MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
5. ACESSO LATERAL AO TORNOZELO ESQUERDO
6. REDUÇÃO ANATOMICA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PARAFUSO DE TRAÇÃO SEGUNDO AS TECNICAS AO
7. NEUTRALIZAÇÃO COM PLACA 6 FUROS SEMI-TUBULAR COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS + 02 ESPONJOSOS
8. VERIFICADA PINÇA ARTICULAR COM REDUÇÃO ADEQUADA
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. SUTURA
11. CURATIVO
12. RETIRADA DE GARROTE
13. TALA BOTA MIE *OK*
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA M
CRM : 16548

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Sm: 17 SET. 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

14/08/19

Paciente

ANDRE FELIPE DOS SANTOS

Sexo

Cor

Idade

Risco

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Educação Pré-anestésica

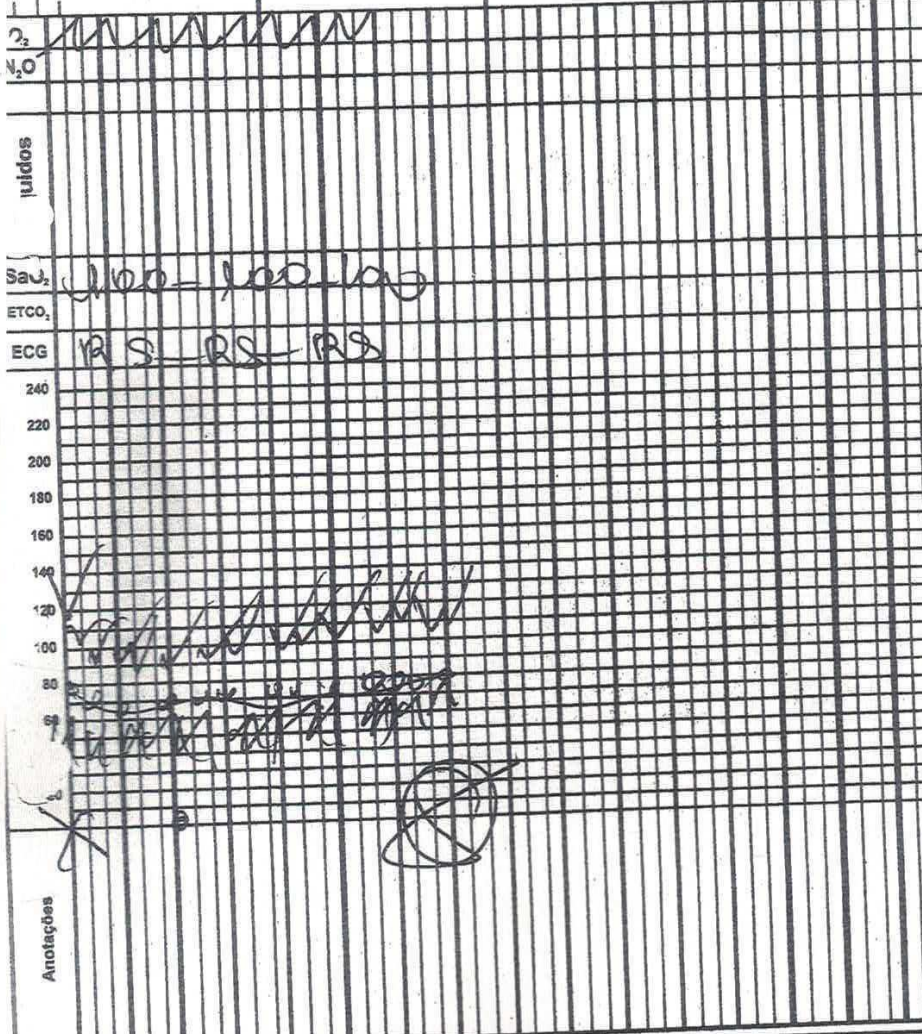
Urgência

☐ NÃO ☐ SIM

Intervenção

Trot. úng. Pot. tornozelo E.

Horário



Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl 100mcg
Dormorid 3mg
Ondansetron 4mg
Dexametason 4mg
Clonidine 2mg
Neoc 0,5 por 15
Clonidine 30
Dimor 80mg
Atropina 3mg

Técnica Anestésica

Procuri h3-2
med. semi
apm h 25
pulso vênico
de sedação
venoso

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ CRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência:

☒ NÃO ☐ SIM

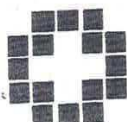
Descrever:

Observações:

Solange Lyra
Faturamento / SAME
17 SET. 2019

Tereza C. Silva
Médica
CRM 5010

Assinatura do Anestesiologista



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: André Felipe dos Santos data: 24/09/19 Hora: 10:00 Registro: 120222
Leito de origem: 401-03

Leito da SRPA: 02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Re. Exatuna de TUV (E)
Tipo de anestesia: Raqui
Equipe: Dr. Marcelo Marchado Anestesista: Dr. Tenzo

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: W5D
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 110 x 72 mmHg FR: 14 p/min FC: 86 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	10:15	10:30	11:00	11:30	12:00	
PA	101x62	105x71	102x68	103x69	99x61	
FR	16	15	9	10	15	
FC	70	80	84	67	83	
SaPO2	98%	99%	98%	98%	99%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

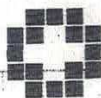
Sinais vitais: PA: 99x61 FC: 83 FR: 14 SaPO2: 99% Glásgow: —

Destino: (☒) Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 24/09/19 Horário: 12:30 Responsável pelo encaminhamento: _____

Renata Carado





**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: André Felipe dos Santos Registro: 20222
Clínica: U.N. Enfermaria: S.R.P.N/C Leito: _____
Sexo: M Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg

Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: _____ PLANTÃO DIURNO: Don. DATA: 14/09/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradigineico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: F.O.
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente (☒) Ausente Aspecto: _____

Observações: Paciente em estado de alerta, consciente, orientado, hidratado, afeto ao toque, medicações em uso p.m. e segue os cuidados de enfermagem.

Elizabeth Monteiro
COREN - PE 122.781 TE

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

HORA: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: _____

Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradigineico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Andre Felipe dos Santos DATA NASC: 02/06/1994
REGISTRO: 120222 DATA: 14/09/19 HORA: 15:00
SETOR DE ORIGEM: BC 43 / 6RPA SETOR DE DESTINO: 403 - 01

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Consciente, orientado</u> HGT: <u>112</u> PA: <u>98x65</u> Pulso: <u>65</u> Temp: <u>36</u> FR: <u>17</u> Oximetria: <u>98%</u> Padrão respiratório: ☒ Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Agudo () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não () Sim // SVD ☒ Não () Sim Alergia: ☒ Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☒ Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP ☒ Queda ☒ Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário ☒ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado ☒ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado ☒ Pendente <u>Rx controle pós operação</u> Curativo: () Não ☒ Sim Local: <u>oclusão + tola</u> Isolamento: ☒ Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Marina Clucina
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0081175-18.2019.8.17.2001

Seção B

ANDRÉ FELIPE DOS SANTOS, 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, 23 de novembro de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

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

