

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Igor Ferreira da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 730.562.01452 e portador da cédula de identidade
nº 30323672 residente e domiciliado(a) na
St. Anga Nara
nº 01 bairro de Agaseiras Rural
CEP 55660-000 na cidade de Bezerros / PE

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

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

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

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 01 de 04 de 2020

x Igor Ferreira da Silva
Outorgante





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO SAMU



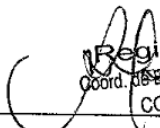
SAMU
192

DECLARAÇÃO

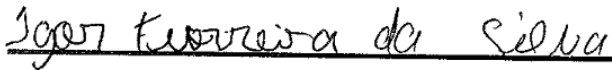
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. IGOR FERREIRA DA SILVA, Identidade: 10.123.612 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao mesmo, número da ocorrência -6092, no dia 16 de dezembro de 2019, às 00 h e 16 min., com queixa de queda de Moto, na Sitio lagoa , Município de Bezerros - PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 03 de Janeiro de 2020.


Regina Moraes
Coord. de Saúde do Samu Bezerros
COREN: 2524

REGINA MORAIS
Coord. - SAMU
Bezerros-PE



Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 –Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



898004193594119

FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 999 183	
DATA: 16-10-19		HORA: 1:23		TELEFONE: 34430-396	
NOME: Joice Ferreira da Silva		NOME DA MÃE: Nairma Helena da Silva		IDADE: 21 anos	
DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1998		ACOMPANHANTE: Mãe			
END: Rua Manoel Nova		BAIRRO: Santa Rita		N.º	
CIDADE: Buzios		SINAIS VITAIS			
PA: 130/80 mmHg	HGT: 98 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

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

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

CLASSIFICAÇÃO

Paciente trazido pelo SAMU no leito de resgate de moto com queimadura de 1º grau em áreas não críticas no M SE + escoriações M II, refere ter ingerido bebida alcoólica.

Verde
Azul

Alergias: (X) NÃO () SIM, a

ENCAMINHADO:

RENTAÇÕES

Paula Teixeira dos Santos
COREN-PE 380 070 000
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



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

Queixas: Paciente vítima de acidente de trânsito, queda de um poste com haste exposta no LSE. Consciente e orientado. Lesão do membro superior / dor / contusões.

Exame físico: Bom estado geral, sem alterações.

Tratamento: Analgesia por via oral.

CONDUÇÃO/REAVLIAÇÃO/CONDUÇÃO MEDICAÇÃO

- Conduta:
- ① SFO 97, 2000ml, Soro
 - ② Tramadol 100mg + SFO 97, 100mg, S.

Tipo de Consulta	Motivo da Alta	Óbito	Atestado
Consulta simples	Melhora	Data: _____	SIM () NÃO () Dias: _____
Consulta c/ Observação	Solicitação	_____	
Indicação (Internamento)	Transferência	_____	
	Indisciplina	_____	
	Óbito	_____	

40. HRA, SENWS 533875

Médica: CREMEPE (Carimbo)



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



Protocolo de Encaminhamento

HRA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5338675

Nome do Paciente: IGOR PERREIRA DA SILVA

Idade: 21

Sexo: M () F () Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

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: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Solterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Vítima de acidente de trânsito queda de motocicleta,
com fratura exposta no MSE. Sem TCE. Consciente e orientado,
nega derramão, náuseas, vômitos ou convulsões. ECG: 15.
Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () SNT: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifoide: 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 120-180
< 1 ano 50-140
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 5
Localiza Estímulo Doloroso 4
Retirada ao Estímulo Doloroso 3
Descorticação 2
Descerebração 1
Sem resposta motora 0

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () 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 Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Hábito Alcodílico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibiototerapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Conduitas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Exatidão exposta

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

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

UNSO, 16/12/19
Local e data

Médico Assistente

Dr. Bruno Luz Cavias
Médico
CRM 12.250/11

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE
RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quírodáctilo esquerdo

PACIENTE APRESENTANDO-SE NO MOMENTO DO INTERNAMENTO SEM OUTRAS QUEIXAS

CLINICAMENTE ESTÁVEL, SEM SINAIS DE ACOMETIMENTO NEUROVASCULAR OU SINAIS DE TROMBOEMBOLISMO

CONDUTA: AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO

DATA ter, 17 de dezembro de 2019

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

SOLICITO RADIOGRAFIAS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lesão do plexo braquial esquerdo + fratura exposta do rádio distal esquerdo + lesão do tendão flexor do 1º quírodáctilo esquerdo

<input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> CLAVÍCULA AP/ZANCA	<input type="checkbox"/> QUADRIL AP/LÖWENSTEIN
<input type="checkbox"/> COLUNA DORSAL AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> OMBRO AP/AXILAR E P. ESCAP	<input type="checkbox"/> COXA AP/PERFIL
<input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> BRAÇO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> JOELHO AP/PERFIL/AXIAL PATELA
<input type="checkbox"/> BACIA AP/LÖWENSTEIN	<input type="checkbox"/> COTOVELO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> PERNA AP/PERFIL
<input type="checkbox"/> BACIA ALAR/OBTURATRIZ	<input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE
<input type="checkbox"/> TÓRAX AP/PERFIL	<input checked="" type="checkbox"/> PUNHO AP/PERFIL	<input type="checkbox"/> PÉ AP/OBLIQUO
<input type="checkbox"/> ARCOS COSTAIS AP/OBLIQUO	<input checked="" type="checkbox"/> MÃO AP/OBLIQUO	<input type="checkbox"/> CALCANHAR PERFIL

INCIDÊNCIAS ESPECIAIS:

DATA ter, 17 de dezembro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

<input type="checkbox"/> TALA CRUROPODÁLICA	<input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIOMANUAL	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO CLAVÍCULA (OITO)
<input type="checkbox"/> TALA SUROPODÁLICA	<input type="checkbox"/> TALA BRAQUIOPALMAR	<input type="checkbox"/> TIPÓIA
OUTRA IMOBILIZAÇÃO:		

DATA ter, 17 de dezembro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20817 // TEOT 14909

SE NECESSÁRIO DESTACAR AQUI



**SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
DA COOPAGRESTE**

No. 43755

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>Igor Jesus</u>		PRONTUÁRIO: <u>31008</u>	
DATA: <u>16.12.19</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE: _____	NASCIMENTO: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO:		CONVÊNIO: _____	

Índice Aldrete Kroulick	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
9	2	2	2	1	2	S.O.							8
						15 min.							
						30 min.							
9	2	2	2	4	2	60 min.							9
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR		2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO	
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA		0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO	
0 CIANÓTICO		0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂	2 APTO MOVER 4 EXT	2 DESPERTO TOTALMENTE	
1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90%	1 APTO MOVER 2 EXT	1 DESPERTO AO CHAMAR	
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE	0 APTO MOVER 1 EXT	0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO	

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

12/12/2019

Ed. Alt. SRPA

Dr. Jefferson Trigueiro
Anestesiologista
CRM - PE 18.718 RQE: 3822

Carimbo e assinatura:

Dr. Jefferson Trigueiro
Anestesiologista
CRM - PE 18.718 RQE: 3822



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Teofilho Fagundes da Silva

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito

Operador:

Dr. Cleiton

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Rogério

Anestesista:

Anestesia:

Nódulo

Duração:

Data da Operação:

16/12/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Lesão proximal braquial E +
fratura exposta do rádio E + ulna.

Diagnóstico Pós-Operatório:

sem fraturas e lesão do ten-
do do rádio E + QDE

Operação Proposta:

Pinning do I-QDE + Fixação

Operação Realizada:

Atorno Colles

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pto em DVH, sob intubação do braço
plano braquial E
Artroscopia + Artroscopia + Artroscopia com
no cirurgião artroscopista
Ampliação da incisão medial + irrigação
com 100%
Fixação externa Colles no punho
do braço E
Fixação 15 no I-QDE do braço E
Artroscopia, curativo
A-ARPA

Dr. Cleiton Antonio Oliveira
CRM: 20334

16 DEZ. 2019





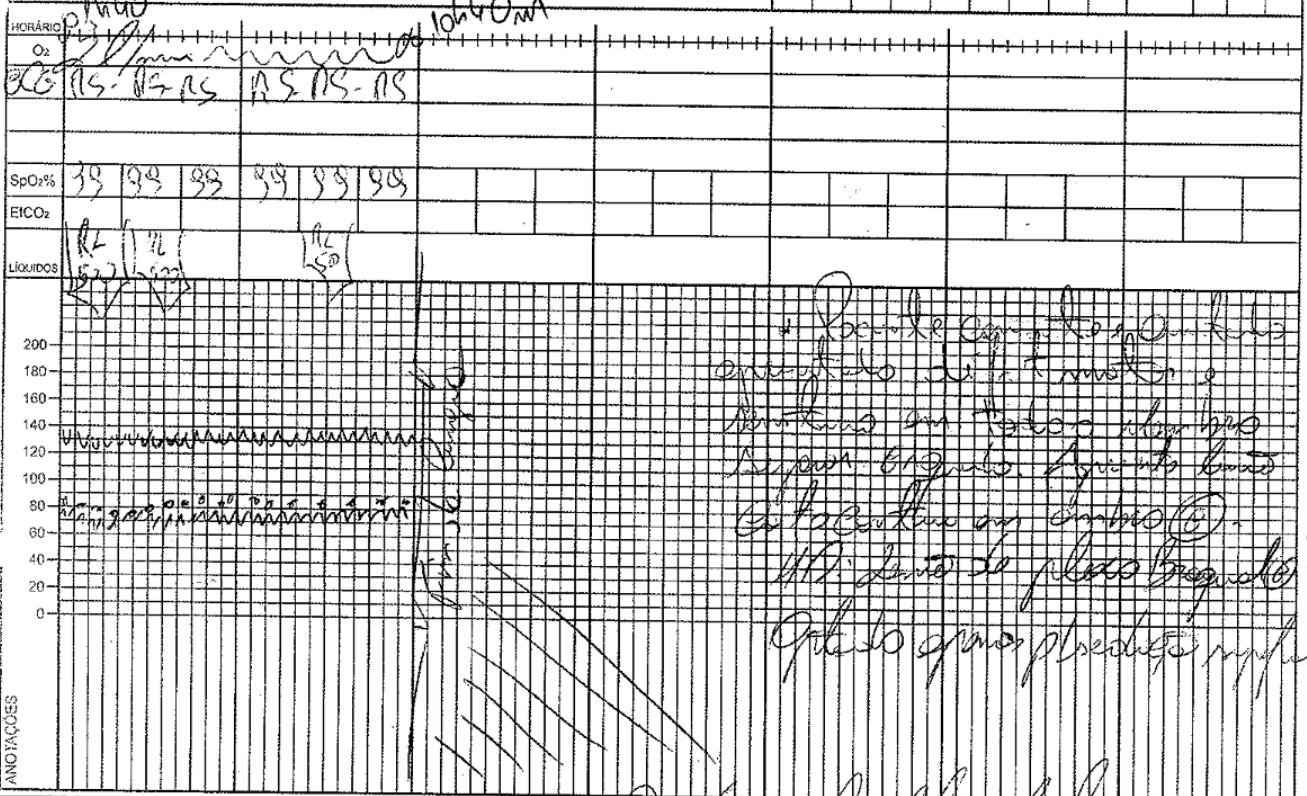
COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 10340

VALOR

NOME	Don Fernando de Silva	REGISTRO	331008	CATEGORIA	SUS						
HOSPITAL	Hospital Regional do Agreste	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR	B <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE	61a	HORARIO	08h40m	DATA	16/12/2019
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Transtorno do MSE - Intere com o sistema de	PESO	80 Kg	PA	140x80	FC	30	BPM	17	IRPM	10
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Como + feno de plexo hep. @?	CÓDIGO CIRURGIA		PORTE		%					
OPERAÇÃO PROPOSTA	Procedimento de fístula ex, posto de antebraço @;										
OPERAÇÃO REALIZADA	A proposta										



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA
Propofol		5ml	Propofol, fentanyl, rocurônio, succinilcolina e O ₂
Fentanyl		100mcg	
Rocuronio		360	
Succinilcolina		20	
O ₂		100%	
Fístula ex, posto de antebraço @		100%	
Intere com o sistema de fístula ex, posto de antebraço @		100%	
Como + feno de plexo hep. @?		100%	

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO	DESTINO
<input checked="" type="checkbox"/> ASCORADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input type="checkbox"/> ADMITIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	

30.2 00001 a 25000 - Julho/2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO <i>A.J. 54239</i>							
PACIENTE: <i>Igor Ferreira da Silva</i>				REGISTRO Nº <i>351008</i>			
SALA CIRÚRGICA Nº <i>07</i>				DATA <i>16/12/19</i>			
CIRURGIÃO: <i>Dr. Exp. Paulo</i>				CIRURGIÃO: <i>Dr. Maurício</i>			
ANESTESIA: <i>Seda cont.</i>				ANESTESIOLOGISTA: <i>Dr. Jefferson</i>			
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>5</i>	Oxigênio			<i>17</i>	Agulha Descartável		
<i>04</i>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
<i>03</i>	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>01</i>	<i>Cefazolina 1g Rocefin</i>				Atadura Crepom		
	Clonidina			<i>1</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>1</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>1</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>5</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
<i>1</i>	Metoclopramida			<i>1</i>	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
<i>1</i>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
<i>17</i>	Soro Fisiológico			<i>17</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>	<i>1</i>	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>08</i>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<i>1</i>	Lâmina de Bisturi <i>11</i>		
<i>1</i>	<i>fen tomid</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis <i>7.5</i>	<i>6.5</i>	
<i>1</i>	<i>midazolam</i>			<i>17</i>	Luvas Estéreis <i>8.5</i>		
					Seringa 5ml		
				<i>4</i>	Seringa 10ml		
				<i>1</i>	Seringa 20ml		
<i>200</i>	<i>cloro xiclona 0.5g</i>				Sonda de Foiev		
<i>200</i>	<i>al card - 7.5</i>				Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
				<i>1</i>	Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>1</i>	<i>pac. comp. EST. e 15</i>		
					<i>und. en.</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

1º DEZ 2019
 Assinatura do Cirurgião

Barbosa
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

RG: 351008

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 061960

2º Via Cliente

Hospital: H.R.A. Convênio: TAC Cidade: PARANÁ
Nome do Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA Data da Cirurgia: 16 e 17.19
Médico: DR. MARCELO PAGES Membro Operado: AMÉBRICO

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES 040203091-4 EF 191265-8		01	

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	Lote: 026155 Código: AF35 3 440 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 2,5 X 100 XT	Lote: 029038 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.	Fab.: 14/08/2019 Val.: 09/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138	
	LOTE	Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº	Lote: 026688 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 XT	Lote: 029038 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.		
	LOTE		
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº	Lote: 026688 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 XT	Lote: 029038 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.		
	LOTE		
PARAFUSOS CANULADOS	Nº	Lote: 026688 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 XT	Lote: 029038 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.		
	LOTE		
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº	Lote: 026688 Código: AF35 3 450 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X D X 3,0 X 100 XT	Lote: 029038 Código: F02 1 363 SISTEMA DE FIXACAO OSSEO SARTORI - COLLES 160 - ESTERIL
	QUANT.		
	LOTE		

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: M. S. R.





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leonildo da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

351008

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

892004193544119460198

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena da Silva

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lagoa Nova

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Mezquita

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor formada no punho e polegar

0408020407

29
5925

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadril sintomático

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

Rx + Artrorresonância

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exatidão Exatidão Radiológica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Trat. cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Dr. Carlos Aguiar Oliveira

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

261910414629-6





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Igor Ferreira do Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

331010806

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

89180644931544119160198

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Helena da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Silva do Agreste Nova

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Agreste

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fratura exposta de osso de antebraço eq
e luxação de FD de 1º UDC.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. exposta de osso de antebraço eq

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

02398757304

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/12/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 16/07/1998 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 898004193544119
Endereço: SÍTIO LAGOA NOVA Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Estado: PE
CEP: 55660000 Fone: 994303465
Nome da Mãe: MARIA HELENA DA SILVA Profissão:
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 16/12/2019 02:27

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA
EM 15/12/2019 EM BRASÍLIA.

Exame Físico:

FRATURA EM M.E.

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

CONATHE EM M.E.

NE TÓRAX AP, CERVICAL, DENTEL, BACA AP
NE BRASÍLIA USO AP/PORTAL, ANTEBRAÇO DO AP/PORTAL
NE MÃO DO AP/PORTAL.

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

	# Ortopedia 03:21	
	Paciente vítima de acidente de moto após	
	colisão com Trauma em M.E.	
	Queixa de dor Torácica.	
	Rx: fratura exposta de corpo de	
	antebraço esquerdo + luxação de FD de 3.º CDE	
	CD: 1) Solicitar Avaliação do cir. Geral por	
	Trauma Torácica	
	2) Após Avaliação do cirurgião Geral,	
	do bloco cirúrgico.	
	3) SAT 5000 W.I.M	
	4) Uplasma 2g + ADU	

Dr. Thiago Cintra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 18418 TFO 15480

Dr. Marcelo Paulo M. de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22180

1 de 2





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

03:42h Q. Geral -> História de acidente motociclístico.
Verbalizando. M.F. Bilateral. Estável.
Abdome indolente a palpação, pelve estável.
Glângulas 15. Pupilas isocônicas e fotoneúrgicas.
Radiografia de tórax e pelve sem fraturas, sem hemo/
pneumotórax. CO. Alta da Q. Geral.
A. Onofre
Dr. Ruy Pinheiro
Cirurgia Geral
CRM-PE: 28014
Dr. Felipe Dias V. P. de Carvalho
Cirurgia e Trauma
CRM-PE: 25263 / CRM-PA: 30512
18 DEZ 2019

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☒ Paciente ☐ Familiar
CRM-PE: 25263 / CRM-PA: 30512
18 DEZ 2019

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Transferência: _____ ☐ Internamento _____

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

16/12/2019 02:28:46

2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSANGELASSB



Data e hora retirada: 16/12/2019 02:15

Nº do Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA
Nome do Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/12/2019 02:17 - 16/12/2019 02:19

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ALCOOLIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO
DOR + LIMITAÇÃO EM MSE
HD: FRATURA EXPOSTA MSE

Medicamento(s): NEGA ALERGIAS

Observação: SENHA: 5838675

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?
- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/12/2019 02:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Isa Farias da Silva

Prontuário: 381068

Data: 16 / 12 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

lesões em M.S.C.

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ret. de Alta de Ortopedia. Ortopedia e

em 30 de

TRATAMENTO REALIZADO:

An. pto. ortop. e

Alta Hospitalar: Data: 14 / 12 / 19

Hora: _____

Dr. Marcos Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 26.760

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Igor Ferreira da Silva**

**Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 16/12/2019 a
19/12/2019**

Registro: 351008

Diagnostico: Lesão em MSE .

Tratamento: Conservador + Acompanhamento Ambulatorial.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S62 CID: M66.

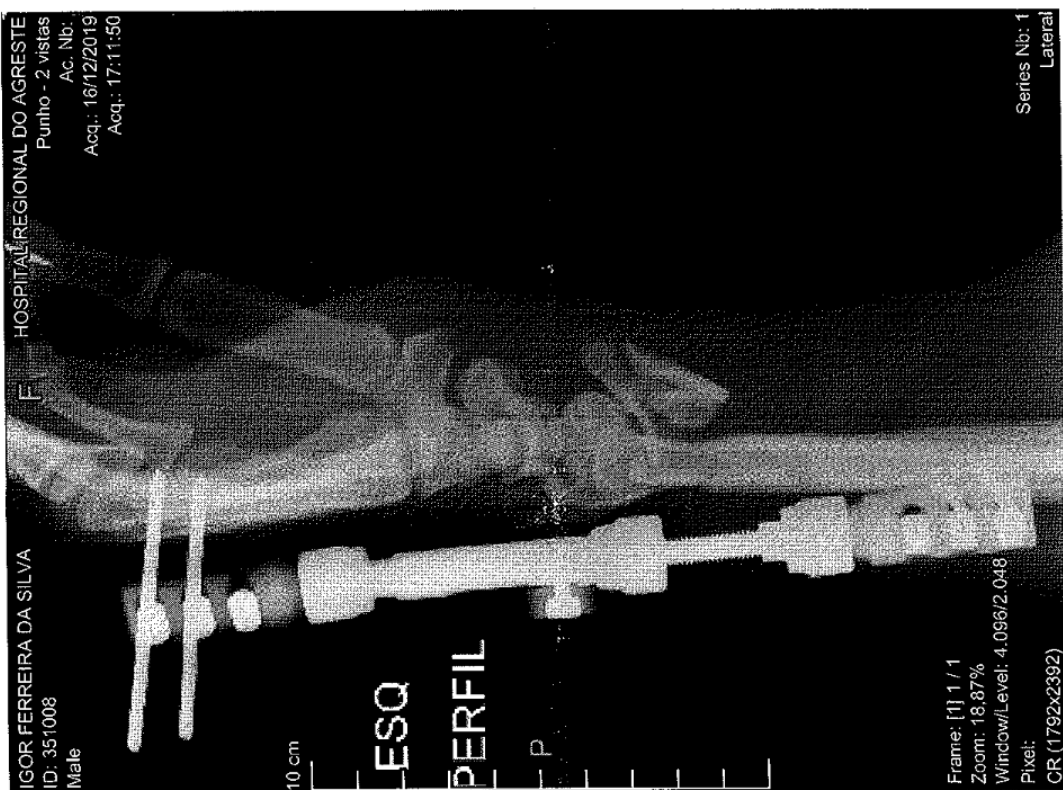
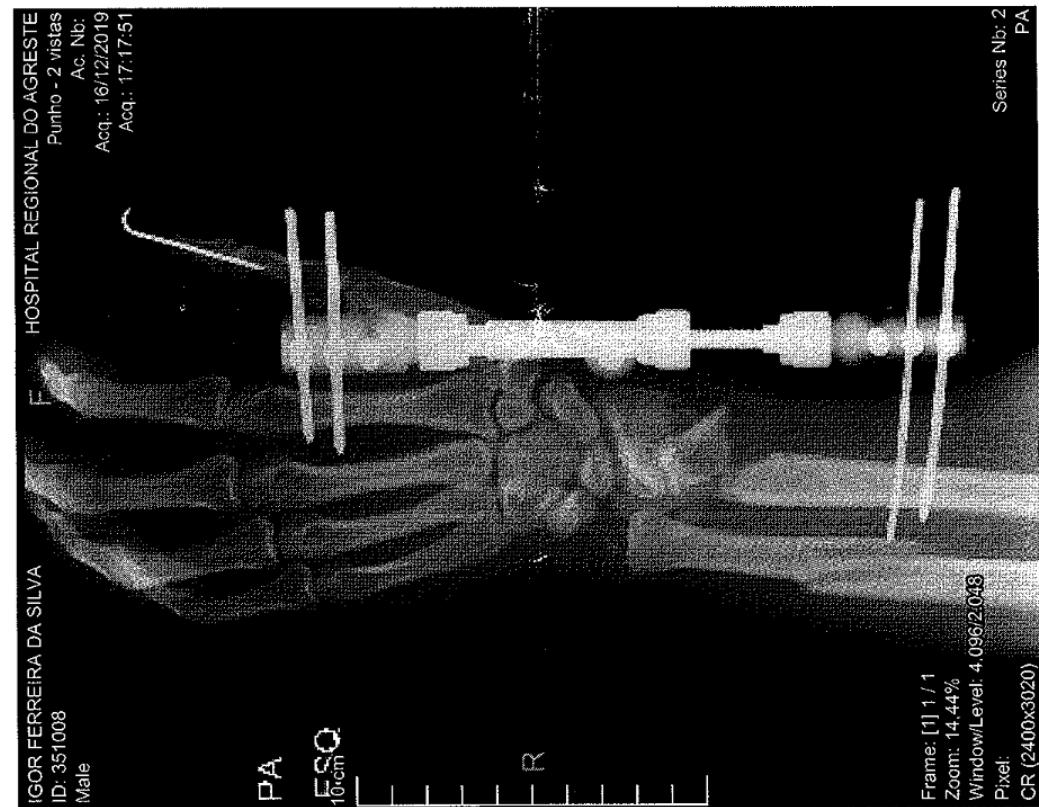
ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Janeiro de 2020

F09.794.975/0269-27 de 2020
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55.024.000
Sector de arquivo (SAME)

**Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP-91ª CRIC
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0181000008**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/01/2020** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/12/2019** às **23:50**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
IGOR FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**

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

IGOR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA HELENA DA SILVA** Pat: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/7/1998** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **101123612/SDS/PE (RG), 71056201452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **10º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 994303465**

Residência: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**, que es estava em posse do(a) Sr(a): **IGOR FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Local: **PCX0084 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108349031** Chassi: **9C2KC1670FR012817**
Data Fabricação/Modelo: **2016/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

02/01/2020 11:46



Descrição: **MOTOCICLETA HONDA / CG 150 START**

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA, PELO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, DEVIDO ESTÁ CHOVENDO E CAIU, SOFRENDO ESCORIAÇÕES E TRAUMAS, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, INICIALMENTE PARA A UNIDADE DE PRIMEIRA AJUDA LOCAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE PONTA GROSSA, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, CONFORME LAUDO MÉDICO DAS UNIDADES RESPECTIVAS.

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

Igor Ferreira da Silva
IGOR FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: *Jose Manoel dos Santos Junior* - Matrícula: 221483-0

SINISTRO 3200127263 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** IGOR FERREIRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO IGOR FERREIRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 71056201452**Posição em 01-04-2020 15:49:44**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/03/2020	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Igor Ferreira da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão auxiliar de limpeza inscrito no CPF/MF sob o
nº 710.562.024.52, e portador da cédula de
identidade nº 10123 612, residente e
domiciliado(a) Sl Bagua Nova,
nº 07, bairro Capangas Rural,
CEP 55660.000 na cidade de
Bezerrob / PE.

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

Recife, 01 de 04, de 2020.

NOME: X Igor Ferreira da Silva



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 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 SEVERINO FERREIRA DA SILVA CPF: 194.995.824-87 NIS: 10773309524	DATA DE VENCIMENTO 02/04/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 25,42	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 26/03/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 26/03/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 102250846	CONTA CONTRATO 002788210011 Nº DO CLIENTE 2001547723 Nº DA INSTALAÇÃO 0000361307
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI LAGOA NOVA 7 CAJAZEIRAS RURAL/CAJAZEIRAS 55660-000 BEZERROS PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 06A0.242D.EAFB.496D.16F2.F236.6084.35D8			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	46,00	0,17376234	7,99
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	46,00	0,15989168	7,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,27
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			25,42

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	%
0,00		0,00		21,17	1,04	0,22	

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,09545200	MAR 20	76
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,16363200	FEV 20	75
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783250	JAN 20	83
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15057000	DEZ 19	75
		NOV 19	63
		OUT 19	68
		SET 19	50
		AGO 19	60
		JUL 19	60
		JUN 19	56
		MAI 19	68
		ABR 19	69
		MAR 19	70

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	9,41 44,45
Transmissão	1,10 5,20
Distribuição (Celpe)	6,68 31,55
Encargos Setoriais	0,65 3,07
Tributos	1,23 5,81
Perdas de Energia	2,10 9,92
TOTAL	21,17 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MG46691	CAT	26/02/2020	7.802,00	26/03/2020	7.878,00	29	1,00000	0,00	76,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2020					
DIC-No.de horas sem Energia	RIACHO DAS ALMAS	6,18	11,45	22,90	45,80
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	7,67	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		5,59	6,29	0,00	0,00
Limite DICRI: 16,60					
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,38					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO							
Pague no ponto mais perto de você! josenilson candido da silva: camocim de sao felix centro / mercadinho das variedades: camocim de sao felix cruzeiro. Lista completa em www.celpe.com.br . Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br . Sua rota/ciclo de leitura será alterado. Art. 84 Ren. ANEEL 414/10. 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, 2.2.2, do RICMS-PE. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,16. 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 REN 581/13. Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus		<table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
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
002788210011	03/2020	25,42	02/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA