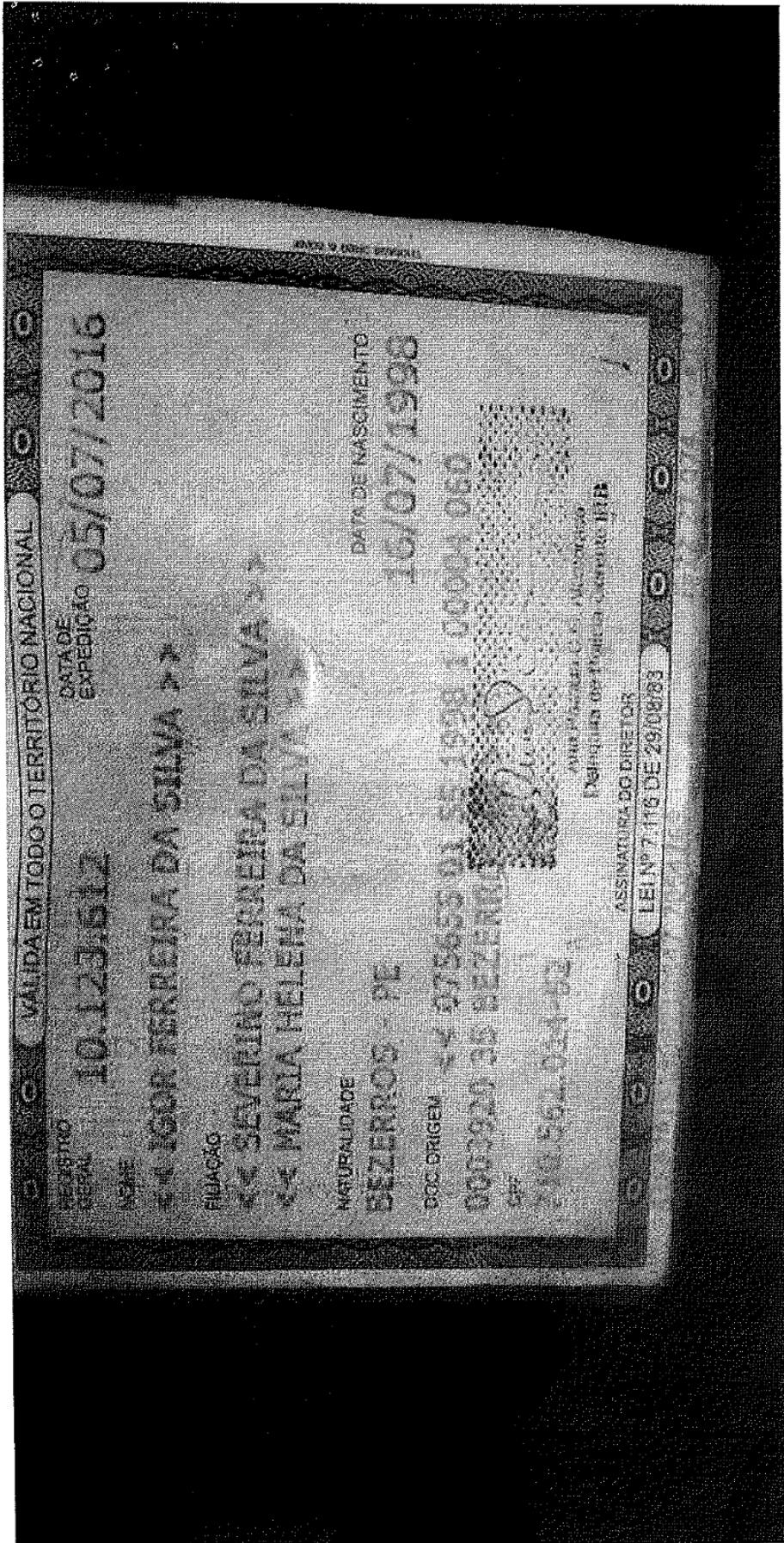


Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 02/04/2020 20:36:00  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040220360018300000059186574>  
Número do documento: 20040220360018300000059186574

Num. 60211683 - Pág. 1



PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Igor Ferreira da Silva, brasileiro(a), estado civil Polymero, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 310.569.014-52 e portador da cédula de identidade nº 30323672, residente e domiciliado(a) na ST. Amaro-Nazaré, nº 07, bairro de Esgueiros Rural, na PE CEP 55660-000 cidade de Bezerros

**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](mailto: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 substabelecer 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

Igor Ferreira da Silva  
Outorgante



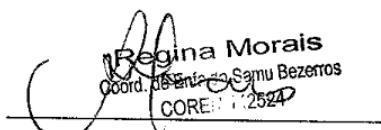


### DECLARAÇÃO

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 Sítio 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. Coord. do Samu Bezerros  
CORE 112524

REGINA MORAIS  
Coord. - SAMU  
Bezerros-PE

Igor Ferreira da Silva

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**

 unicef

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ADERTE

### I - Sinais de Emergência imediata

**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

- Apnêa ○ Clanose. ○ Estridor ○ FC<50 ou >140bpm ○ FR <10 ou >32 lpm
  - Extremidades frias ○ Enchimento capilar letificado ○ Pulso fraco ou ausente ○ PCR ○ Sudorese
  - PAS <80 ou >200mmhg ○ PAD <40 ou >130 mmhg HGT <40 ou >H1 mg/dl ○ Convulsão no momento
  - Politraumatismo/Glasgow <=12 ○ Letargia ○ Quelmaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
  - Intoxicação exógena ○ PAF ○ PAB ○ Sangramento intenso

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

de observação  
CLASSIFICAÇÃO DA ÁREA

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ○ TCE leve ○ PAS < 90 ou > 180mmhg ○ PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
  - Febre > 39°C ○ Febre com imunodpressão ○ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ○ Impossibilidade de deambulação
  - Tugor pastoso ○ Mucosas ressecadas ○ Vômitos no momento
  - Queimaduras de 1<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> áreas não críticas SCQ < 10% ○ Vítima 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 ○ Hematâmesis ○ Enterorrágia ○ Epistaxe
  - Acidente perfuro-cortante com material biológico ○ Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados

#### **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 orofaríngeas

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

- Quiccas 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 medicamentos ○ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
  - Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ○ Solicitação de exames e recitais não urgentes
  - Constipação intestinal sem outros sintomas ○ Troca ou retirada de sonda

### **CLASSIFICACIÓ**

**CLASSIFICAÇÃO**

\* Paciente trazido pelo SAMU sintoma de cefaleia de moto com queixa de dor + febre exposta no H. ST + escorregadeira VI II 11, refere ter ingerido bebida alcoólica.

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM

132

## **ENCAMINHADO:**

RENTACÔRES

*Paula Fernanda dos Santos  
CORENSE 380.000,00*  
Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e  
Assinatura



PÁGINA DE ATENDIMENTO

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

REGISTRO:

Doenças:

Paciente vítima de acidente de trânsito, quebrou o osso do nariz e tem dor na face direita no maxilar. Consciência e orientação.  
Mão desmaiada / Vomitar / convulsões.

Exame físico:

Braço direito com lesão óssea.

Fratura - Fratura em perna

#### CONDUTA/REAVALIAÇÃO/CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: ① Seringa 2000ml, aspirado

② Fazendo 100ml + se for, 100ml, ev.

#### DETALHES DE CONSULTA

#### MOTIVO DA ALTA

#### ÓBITO

#### ATESTADO

Data: \_\_\_\_\_

SIM ( ) ( )

Hora: \_\_\_\_\_

NÃO ( )

DDAS: \_\_\_\_\_

Consulta simples

Melhora

Consulta c/ Observação

Solicitação

Indicação (Internamento)

Transferência

Indisciplina

Óbito

40. HRA, SEMAS 5333673

  
Médico: CREMEPE  
(Cártimo)




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



### Protocolo de Encaminhamento

HRA

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA **5338675**  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Doméstico ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente: **IGOR PEREIRA DO SILVA** IDENTIFICAÇÃO

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 da Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )

Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soberramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador:

Exposição a: 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 Treslado ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, com fratura exposta no MS, Sem TCE. Consciente e orientado, mega urinário, náuseas, náuvas ou convulsões. ECG: 15.

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA EXPOSTA?

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemias Capilar (HGT):

Temperatura:

F.C:

P.A:

X

Vias Aéreas: FR: Dilatação S( ) N( ) Trângem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BANT: S( ) N( ) Deformidades do Tórax: S( ) N( ) Gemiôdo/ Estridor: S( ) N( )

Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotoras: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifoíde: S( ) N( )

Parafusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bülhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Flutuante ( ) Fino ( )

Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Hidrático: S( ) N( )

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-60
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	3
Descerebração	2
Sem resposta motora	1

**TOTAL DE PONTOS ECG:**

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
 Dificuldade na fala ( )  
 Avaliação Fisiológica: Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Midriase ( ) Miosse ( )

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

**NATUREZA DA LESÃO**

Pressença de sangramento externo: S( ) N( )  
 Lesões Intra-Torácicas: S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )  
 Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

**USO DE ÁLCOLIO E OUTRAS DROGAS**

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )  
 Uso Alcoólico ( ) Alteração no Marcha ( ) Sônicamente/Agitação( ) Alteração no Humor( )  
 Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )  
 Lsd( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lanca-perfume( ) Anfetaminas( ) Éxtase( )

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )  
 Imobilização Tela 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 Condutas:

Intercorrências:

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

DIA/ANO: 00/00/00

**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

UNSO, 16/12/18

Local e data

A 00.  
 Hora:  
 Dr. Bruno Luiz Caxias  
 Médico  
 CRM-PB 43010  
 Médico Assistente



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 quirodáctilo esquerdo

PACIENTE APRESENTANDO-SE NO MOMENTO DO INTERNAMENTO SEM OUTRAS DANEIXAS  
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 quirodáctilo esquerdo

COLUNA CERVICAL AP/PERFIL

CLAVÍCULA AP/ZANCA

QUADRIL AP/LÖWENSTEIN

COLUNA DORSAL AP/PERFIL

OMBRO AP/AXILAR E P. ESCAP

COXA AP/PERFIL

COLUNA LOMBAR AP/PERFIL

BRAÇO AP/PERFIL

JOELHO AP/PERFIL/AXIAL PATELA

BACIA AP/LÖWENSTEIN

COTOVELO AP/PERFIL

Perna AP/PERFIL

BACIA ALAR/OBTURATRIZ

ANTEBRAÇO AP/PERFIL

TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE

TÓRAX AP/PERFIL

PUNHO AP/PERFIL

PÉ AP/OBLÍQUO

ARCOS COSTAIS AP/OBLÍQUO

MÃO AP/OBLÍQUO

CALCANHAR PERFIL

INCIDÊNCIAS ESPECIAIS:

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

TALA CRUROPODÁLICA

TALA ANTEBRAQUIOMANUAL

IMOBILIZAÇÃO CLAVÍCULA (OITO)

TALA SUROPODÁLICA

TALA BRAQUIOPALMAR

TIPÓIA

OUTRA IMOBILIZAÇÃO:

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

*Se necessário destacar now*





# SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 43755

## AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME:						PRONTUÁRIO:			
DATA:		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO:	CONVÉNIO:				
PROCEDIMENTO REALIZADO:									

Índice Aldrete Kroulik	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.							
						15 min.							
						30 min.							
9	2	2	2	4	2	60 min.							
						2h							
						3h							
RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO							
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO							
SITUAÇÃO DE OXIGÉNIO			ATIVIDADE MUSCULAR			CONSCIÊNCIA							
0 SpO <sub>2</sub> DE OXIGÉNIO < 90% MESMO RECEBENDO O <sub>2</sub> 1 PRECISA RECEBER O <sub>2</sub> PARA SpO <sub>2</sub> > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE			2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT			2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO							
OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES													
<p>Vlt s ag</p> <p>Col cult SRRPA</p>													
<p style="text-align: right;">Dr. Jefferson Trindade Anestesiologista CRM - PE 18.718 RQE: 3822</p>													

Carimbo e assinatura:



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Ieda Fozinha de Lira Nº do Registro:Clínica: Osteopatia Nº do Leito:Operador: Dr. Cleiton

1º Assistente: \_\_\_\_\_ 2º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Ricardo Anestesista: \_\_\_\_\_Anestesia: Inhalatória Duração: \_\_\_\_\_Data da Operação: 16/12/19 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-Operatório:

Língua PROXO h. da quebra +  
Proteína Exposta Prolóngada E + luxo -  
Diagnóstico Pós-Operatório: luxo  
IX protetor I Lângua extom -  
da Rôxos 1º QDIE

Operação Proposta:

Pincelam do 1º QDIE + Exader  
Afuso colo

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pincelam DIH, sob reação d'água deixa  
pelo h. da quebra  
Hatim p/ sat + suspiro + Preparação am-  
nor cirúrgica estéril  
Ampliação lângua inicial + irrigação  
com Afog  
Exader externo colo no punho  
OP fluoroscopia  
KO K 15 no 1º QDIE 10° Fluoroscopia  
Automa, exartico  
ASPA

Dr Cleiton Antônio Oliveira  
CRM-PE 20231

16 DEZ. 2019





COOPERATIVA DOS MÉDICOS  
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

## FICHA DE ANESTESIA

Nº 10340

VALOR

NAME	Dra. Fernanda Ferreira da Silva		SEXO	B/M	IDADE	HORÁRIO	REGISTRO	CATEGORIA										
HOSPITAL	Hospital Regional do Agreste		M	F	Idade	Altura	35.1003	SUS										
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Trama correta de MS + fistula epiglótica com 26 mm de largura engolida		PESO	PA	FC	RESPIRAÇÃO	DATA											
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Fistula fechada ex, resto de intubação (O)		±80 Kg	140x80	30 BPM	IRPM	16/04/2019											
OPERAÇÃO PROPOSTA	Fistula fechada ex, resto de intubação (O)		CÓDIGO CIRURGIA			PORTE	%											
OPERAÇÃO REALIZADA	Agora																	
HORÁRIO	10h40m																	
O <sub>2</sub>	100%																	
ECG	TS-NS-NS AS NS-NS																	
SpO <sub>2</sub> %	38	39	38	39	39	39	39											
EICO <sub>2</sub>																		
LÍQUIDOS	1L	1L	1L	1L	1L	1L	1L											
ANOTACOES	<p>* POC - O paciente é um adulto agendado para cirurgia de fistula epiglótica com 26mm de largura engolida. A operação é realizada sob anestesia geral com intubação endotracheal. A cirurgia é realizada com o paciente em anestesia profunda.</p> <p>Na cirurgia, a fistula é fechada e a intubação é removida. O paciente é extubado e mantido com suporte ventilatório.</p> <p>Na recuperação pós-operatória, o paciente é monitorado e liberado para casa.</p> <p>O paciente apresenta ótima evolução pós-operatória.</p>																	
AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:															
Ureteral		5ml	Endotraqueal; Monitorização:															
Propofol		100mg	Apneústico; Fármaco relaxante; Facilitador de respiração e relaxante.															
Atropina		160																
Dexameta		25																
Glucagon		0,5g																
Flumazenil		10mg																
Metoclopramida		100mg																
			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 checked="" type="checkbox"/> TEMPERATURA <input checked="" type="checkbox"/> PINI <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL			<table border="1"> <tr> <td>ENCAMINHADO</td> <td>DESTINO</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ASCRITO</td> <td>RPA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ABREMEDICO</td> <td>UTI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SONOLENTO</td> <td>QUARTO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> INTUBADO</td> <td></td> </tr> </table>						ENCAMINHADO	DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> ASCRITO	RPA	<input type="checkbox"/> ABREMEDICO	UTI	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	QUARTO	<input type="checkbox"/> INTUBADO	
ENCAMINHADO	DESTINO																	
<input checked="" type="checkbox"/> ASCRITO	RPA																	
<input type="checkbox"/> ABREMEDICO	UTI																	
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	QUARTO																	
<input type="checkbox"/> INTUBADO																		

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

BLOCO CIRÚRGICO <i>8.1.57139</i>							
PACIENTE: <i>José Ferreira da Silveira</i>			REGISTRO N° <i>351008</i>				
SALA CIRÚRGICA N° <i>07</i>			DATA <i>16/09/19</i>				
CIRURGIA: <i>Int. Exp. Puerlo</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Maurício</i>				
ANESTESIA: <i>Sedas curv.</i>			ANESTESIOLOGISTA: <i>DR. S. J. de Melo</i>				
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>5</i>	Oxigênio			<i>17</i>	Ajulha Descartável		
<i>0,4</i>	Água Destilada				Ajulha para Pendura		
<i>0,3</i>	Atropina				Ajulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>an</i>	Cefazolina 1g <i>200cc</i>				Atadura Crepom		
	Clonidina			<i>1</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>1</i>	Desametasona 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		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
<i>1</i>	Metoclopramida			<i>1</i>	Equipo para Soro		
	Neostamina				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				Lâmina de Bisturi <i>11</i>		
<i>1</i>	<i>flan tamis</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis <i>7,0</i> <i>6,5</i>		
<i>1</i>	<i>mida zulon</i>			<i>17</i>	Luvas Estéreis <i>7,5</i>		
					Luvas Estéreis <i>8,5</i>		
				<i>1</i>	Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
				<i>1</i>	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				<i>1</i>	Tubo para Aspiração		
					<i>1</i> <i>pact. comp. ESD</i> <i>215</i>		
					<i>an d cor</i>		
SUBTOTAL			SUBTOTAL				
						TOTAL	

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

*1º SEC. DR*

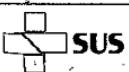
Assinatura do Cirurgião

*Barbosa*

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia







Sistema Único de 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

*HRH*

2 - CNES

**2 4 2 7 4 1 9**

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

*Leonor Ferreira de Souza*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

**351008**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**8912001919351411191604198**

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

Fem.

3

9 - SEXO

Masc.

Fem.

3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

*Maria helena da Silveira*

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

*Sítio Lagoa Nova  
Belo Horizonte*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Deformidades no punho e  
mão direita  
0408020407  
29  
5525*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Quadro Síntocônico*

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

*Rx + Anamnese + EX*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Eritema Exerto Rochidistata*

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

*Carola Anjos Oliveira*

( ) CNS

( ) CPF

Dr. Cidônio Anjos Oliveira

CNPJ 00000000000000000000

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

*10/07/2010*

*10/07/2010*

2020

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

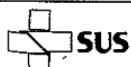
( ) CNS

( ) 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 Sulvo*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**331010808**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**29181064119315144119160198**

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.  Fem.

10 - RACA/COR

**3**

11 - RAÇA/COR

**10.1 - ETNIA**

11 - NOME DA MÃE

*Maria Helenice Jún Silveira*

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

*Igor Ferreira do Sulvo*

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

*Silvo de Souza Nogueira*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*Monteiro PB*

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*fratura exposta de ossos de antebraço e  
e descolamento de FD de 9º O DG.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*frt - exposto de ossos de antebraço e  
e descolamento de FD de 9º O DG.*

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Internamento hospitalar*

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

0 2 3 9 8 7 5 7 3 0 9

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

*16/12/19*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA**

**HRA**  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: IGOR FERREIRA DA SILVA Atendimento: 571385 Prontuário: 351008  
 Data Nasc.: 16/07/1998 Idade: 21 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS: 898004193544119  
 Endereço: SITIO LAGOA NOVA  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Nº: 0  
 CEP: 55660000 Fone: 994303465 Profissão:  
 Nome da Mãe: MARIA HELENA DA SILVA Estado: PE.  
 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 ac. Acidente de moto (deslizamento) no braço direito.

Exame Físico:

Fixado no braço.

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

CONVOLTE DAS MÃOS.

NE TÓXIC AP, CERVICAL DIREITO, BACAL AP

NE BRAZO DIREITO AP/POLEN, ANTERIOR OTE APPENSA

NE MTS DIREITO AP/OPORTUNA.

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

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

Horário

# Ortopedia 03:21

Paciente vitima de acidente de moto (deslizamento)

deslizamento com trauma em m.s.e.

Queixa de dor torácica.

Rx: fraturas exposta de ossos de  
omelhoso esquerdo + luxação Pd. d'ODG

CD: 1) Subluxação do cir. geral por  
Trauma deslocada

2) Apêss luxação do cirurgico geral,  
ao bloco cirúrgico.

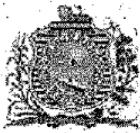
3) SAT 5000 V<sub>1</sub> I<sub>m</sub>

4) Colapso ag + ADL

CNPJ: 22.180-000-0001-00  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico Paito M. de Souza

1 de 2





**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA**

**THRA**  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

**3 - Evolução / Exames**

03:42h	<p>O. Geral → História de acidente motociclístico. Intubado. Mf bilaterais. Estável. Abdome nádeas a palpação, pelve estavel. Olhos 15. Pupilas isocônicas e fotonegantes. Radiografia de torax e pelve sem fraturas, sem hemopneumotórax. CO. Péte da O. Geral.</p> <p><i>Dra. Ruth Pinheiro Cirurgia Geral CRM-PE: 28014</i></p> <p><i>Dr. Felipe D'Alto V. Melo (Assinatura)</i></p> <p><i>Atendente:</i> Dr. Felipe D'Alto V. Melo (Assinatura)</p> <p><i>Prontuário:</i> 16/12/2019</p> <p><i>Nome:</i> ... <i>CPF:</i> ... <i>RG:</i> ... <i>Endereço:</i> ... <i>Data:</i> ... / ... / ... <i>Assinatura:</i> ...</p>
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido**

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Assinatura*

**Autorização de Procedimento**

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 Paciente: IGOR FERREIRA DA SILVA

Nº. 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: PAÇIENTE ALCOOLIZADO VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO EM MSE  
HD: FRATURA EXPOSTA MSE

Medicamento(s): NEGA ÁLERGIAS

Observação: SENHA: 5838675

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS NOS MEMBROS

Discriminador(es): - DOR MÓDERADA?

- 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: Igor Ferreira da Silva

Prontuário: 351058

Data: 16 / 11 / 19 Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

Início em suscito

#### AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Rua de alta de outrem. ontem e hoje

em 20 de c.

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Anelto aberto

Alta Hospitalar: Data: 14 / 11 / 19

Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB26.760

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

Diagnóstico: Lesão em MSE.

Tratamento: Conservador + Acompanhamento Ambulatorial.

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

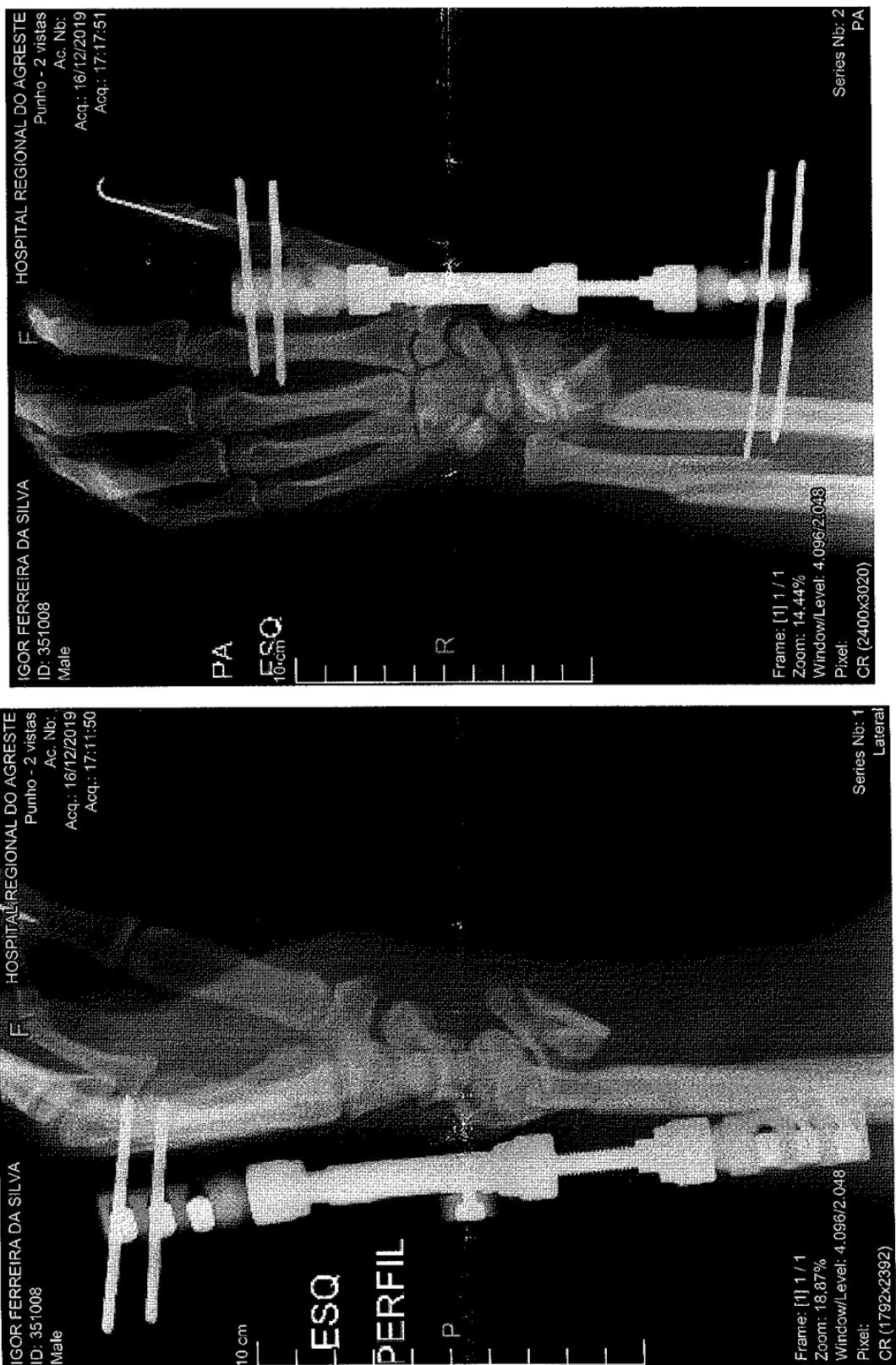
ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Janeiro de 2020

Fog 794 975/0269-2  
FUSMI - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 55024-000  
Setor 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  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DRPC/CE  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0181000008**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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**  
ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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 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)** Escalão: **GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: - 994303465

Residencial: **SÍTIO LAGOA NOVA, PRÓXIMO A CAJAZEIRAS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**, P.R.: **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** P.E.P.: **PCX0084**

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

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

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



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 DA MOTO, SUSTENTANDO ESCORIASSES E TRAUMAS, FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, INICIALMENTE PARA A UNIDADE DE VÍTIMA LOCAL E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE MARINGÁ, DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, CONFORME LAUDO MÉDICO DAS UNIDADES REFERIDAS, SUSPECTIVAS.

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

Igor Ferreira da Silva

IGOR FERREIRA DA SILVA  
(VITIMÀ)

G.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 Pernambuco civil sóteiro,  
profissão auxiliar de cozinha inscrito no CPF/MF sob o  
nº 730.562.024-52, e portador da cédula de  
identidade nº 10.123.612, residente e  
domiciliado(a) Sl Boa Vista Nova,  
nº 07, bairro Lagoa das Pombas Rural,  
CEP 55660.000 na cidade de  
Bezerros / 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: 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  
Ouvíndia 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

## DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIPÇÃO	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
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>25,42</b>

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
04/03/20	26/03/20	25,40

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persiste por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/ANEEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
Consumo-TUSD até 30 kWh 0,09545200	76	
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,16363200	75	
Consumo-TE até 30 kWh 0,08783250	83	
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,15057000	75	
	63	
	68	
	50	
	60	
	60	
	56	
	68	
	69	
	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
<b>TOTAL</b>	<b>21,17</b>	<b>100</b>

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	PERÍODO
DIC-No.de horas sem Energia	RIACHO DAS ALMAS	6,18	11,45	22,90	45,80	jan/2020
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	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico						Límite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,38						
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.						

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

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

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.

838400000006 254200110022 788210011104 145301790937



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1/1



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 02/04/2020 20:36:00

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040220360080100000059185266>

Número do documento: 20040220360080100000059185266

Num. 60210175 - Pág. 2