

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.914.565 SDS/PE e do CPF nº 122.846.584-31, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, nº 218, Timbó, Abreu e Lima/PE. CEP. 53.520-395.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosip@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

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

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

Abreu e Lima/PE, 20 de Janeiro de 2020.

Outorgante: 



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.914.565 SDS/PE e do CPF nº 122.846.584-31, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Bonifácio, nº 218, Timbó, Abreu e Lima/PE. CEP. 53.520-395. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 20 de Janeiro de 2020

Declarante: Igor José Felix da Silva



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA,
RG/CNH nº 8.914.565, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 122.846.584-31,
endereço: RUA JOSÉ BONIFÁCIO, nº 218, TIMBO

CEP: 53.520-395, cidade de ABREU E LIMA-PE, telefone(s)
(81) 9.9312-8927, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 A 2018 por não incorrer
em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da
Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 20 de JANEIRO de 20 20.

Igor José Felix da Silva

Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

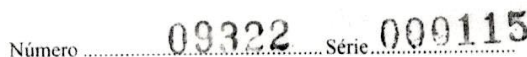
Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





Assinatura do Portador



Nome: Sgt. José Félix da Silva
 Loc. Nas: Diadema Est. SP Data: 07/12/1995
 Filiação: Sgt. José Félix da Silva
Maria José dos Santos
 Doc. Nº: RG: 8.914.565-9 DS PE Ex. 12.01.2010

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
Exp. em/...../..... Estado
Obs.:
Data Emissão 04.09.2013 SRTE 008

Assinatura do Funcionário

Prefeitura Mun. de Abreu e Lima
Adjanne Nunes Rocha de Matos
Assessor de Gabinete
Matrícula 42266

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome

Doc...

Nome

Doc....

Nome.

Doc...

.....

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•

.....

Nascim

•
•
•
•
•
•
•
•
•
•
•





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **122.846.584-31**

Nome: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **07/12/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/09/2013**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:56:36** do dia **11/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A7D4.13C6.5644.D815**



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

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



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONTI
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
Ouvidoria 0800 :
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

JOSENEIDE DO CARMO PERCILIO DA SILVA
CPF: 856.487.444-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE BONIFACIO 218

TIMBO/ABREU E LIMA
53520-395 ABREU E LIMA 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

20/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

131,88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

088199309

CONTA CONTRATO

007024883757

Nº DO CLIENTE

2015369327

Nº DA INSTALAÇÃO

000060582

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

C7C0.F705.DB48.EADE.7445.3B52.F44E.3739

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	142,00	0,75727874	107,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,14
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,77
ICMS Subvenção-CDE-NF 080482502-11/10/19			0,87
TOTAL DA FATURA			131,88

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
113,24	25,00	28,31	113,24	0,44	0,49	113,24	2,02	2,28

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE

Vencido	Dt Reav	Valor	Vencido	Dt Reav	Valor
16/08/19	14/12/19	85,19	17/06/19	09/08/19	109,5
17/07/19	09/08/19	124,88	20/05/19	09/08/19	119,9

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

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933000

HISTÓRICO DO CONSUMO

DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAI	19
ABR	19
MAR	19
FEV	19
JAN	19
DEZ	18

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	38,24	33,76
Transmissão	4,22	3,73
Distribuição (Celpe)	25,62	22,62
Encargos Setoriais	6,01	5,31
Tributos	31,08	27,45
Perdas de Energia	8,07	7,13
TOTAL	113,24	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003161296790	CAT	12/11/2019 3.405,00	14/12/2019 3.547,00	32	1,00000	0,00	142,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/01/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
		out/2019		
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICR: 0,00	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 42,36				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! karmelia bolsas calçados e ac: av. brasil 33 centro / pop farma: av duque de caxias 590 centroLista 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.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,

NÍVEIS DE TENSÃO

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



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **08.693.828/0001-84**
Marcelo B. da Silva Azevedes - ME
 CNPJ/MF **Rua Antônio Vialino, 05 Centro**
 Rua **CEP 53.510-420** Est.
 Município **Abreu e Lima, PE**
 Esp. do estabelecimento **Serviços Gerais**
 Cargo **CBO nº**
 Data admissão **04** de **abril** de **2016**
 Registro nº **01** Fls./Ficha **07**
 Remuneração especificada **R\$ 880,00 (Oitocentos e oitenta reais) 12 meses**
Marcelo B. da Silva Azevedes - ME
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º **05 de dezembro de 2016**
 Data saída **Marcelo B. da Silva Azevedes - ME**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º **MARCELO B DA SILVA AZEVEDES - ME**
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF.....
 Rua..... Nº.....
 Município..... Est.....
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo..... CBO nº.....
 Data admissão..... de..... de.....
 Registro nº..... Fls./Ficha.....
 Remuneração especificada.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Data saída..... de..... de.....
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º..... 2º.....
 Com. Dispensa CD nº.....





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0117000061**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/01/2020** às **09:56**

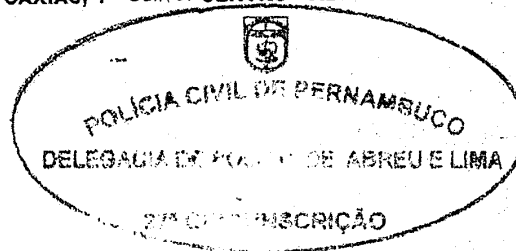
Complementa o BO Número: **19E0117003952**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **28/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (OUTRO)
IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JACILENE MARIA SILVA DA COSTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 7/12/1995 Naturalidade: DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 8914565/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- 988992185

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JACILENE MARIA SILVA DA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **RUA JOSE BONIFACIO, 191 - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACILENE MARIA SILVA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1. (UNIDADE)**

Placa: **PCR8598** (PERNAMBUCO/ABREU E LIMA) Renavam: **116302814** Chassi: **9C2KC2200JR175007**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

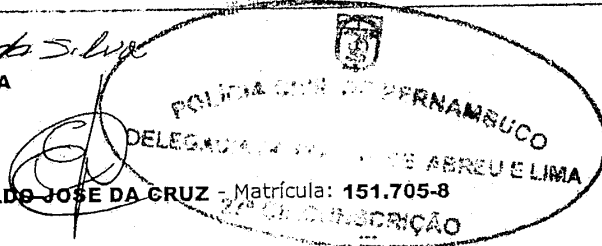
Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR ° IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI QUE O CONDUTOR É CONHECIDO POR JOÃO MARCOS, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NOME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR ° IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERINALDO JOSE DA CRUZ** - Matrícula: **151.705-8**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0117003952**

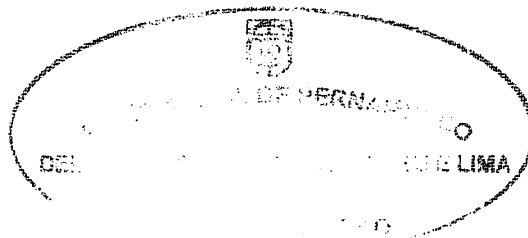
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/12/2019** às **11:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/9/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DUQUE DE CAXIAS, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

- DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
- IGOR JOSE FELIX DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

IGOR JOSE FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 7/12/1995 Naturalidade: DIADEMA / SAO PAULO / BRASIL Documentos: 8914565/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES
Telefones Celulares:
- **988992185**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE FOSFATO (BAIRRO), 218, RUA ALTO JOSE BONIFACIO - CEP: 55000-000 - Bairro: FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

CELTA PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PASSOU A INFORMAR O SR. IGOR JOSE QUE CONTRATOU UM MOTOTAXI, QUE FOI EM DIREÇÃO PARA SUA CASA QUANDO NAS PROXIMIDADE DO POSTO DE ABASTECIMENTO DE COMBUSTIVEL COM NOME FANTAZIA "CABRAL", QUE FOI TRANCADO PELO MOTORISTA DO VEICULO CELTA NA COR PRATA, SEM SABER DECLINAR A



PLACA DO VEICULO E SEM SABER O NME DO MOTORISTA DO CITADO VEICULO, QUE VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, LESIONANDO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, QUE O MOTORISTA DO CELTA SOCORREU O SR °IGOR JOSE, O LEVANDO-O PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE IGARASSU-PE, QUE NO MESMO DIA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, QUE FOI AMPUTADO SEU DEDO MENOR DO PÉ ESQUERDO, SEM MAIS NADA A REGISTRAR, PEDE PROVIDENCIAS.

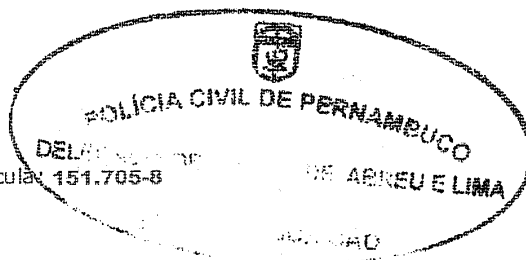
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

2001 Igor Jose Felix da Silva

IGOR JOSE FELIX DA SILVA
(VITIMA)

EP

B.O. registrado por: ERINALDO JOSE DA CRUZ - Matrícula 151.705-8



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 18:16

	Nome Paciente:	IGOR JOSE FELIX DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/12/1995
	Sexo:	Masculino
	Idade:	23 anos
	Senha:	0150
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 28/09/2019 18:39 - 28/09/2019 18:39

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM PÉ E

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 18:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1136632

Senha da Classificação:

0150

Data e Hora: 28/09/2019 18:42

Paciente: 352944 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data de Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA JOSE BONIFACIO -- Bairro: TIMBO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53520395 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): Data de Emissão: CNS:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 87955234
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm mmHg
DATA: / / HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queda pelo 1º 3 horas,
Gravidade com trauma no 1º abd.

EXAME FÍSICO:

m: solto de

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 1234567

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA 24h IGARASSU ATENDIDO	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO
Cláudio Costa Neto	26 + 10 e 10	21:00
Cláudio Costa Neto	26 + 10 e 10	21:00

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (x) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

28/09 Paciente admitido na sala, esperando transferência p/ H.M. A
medicação com Propofol e cefalotina 21:00h.

CHESLENO
Téc. Enfermagem
COREN-PE 987.081

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescriçãc

(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: H.M. SENHA: 5781 733

() ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO!

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

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

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5484-33
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João Roberto da Silva Idade: 23

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Maracá

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
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: Paciente com queixa de dor abdominal, náusea e vômito.

Hipótese Diagnóstica: Doença aguda do sistema digestivo.

AValiação Clínica

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

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

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

Gravidade Clínica



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

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*740 C.A.M. N. L.***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: *MUS*

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

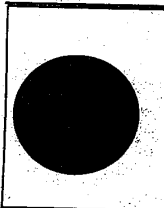
28/08/15
Local e data*Cláudio Costa Neto*
Médico Assistente
28/08/15

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2019 22:58



Nome Paciente: IGOR JOSE FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/09/2019 23:01 - 28/09/2019 23:06

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. ENCAMINHADO PELA UPB DE IGARASSÚ, COM SENHA: 5781733, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, COLIDIU COM A MOTO NO POSTE, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NO MIE SIC.

Observação:

NEGA ALERGIA, DM, HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Cledilson da Hora

Coren-PE 376.167 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2019 23:06

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 6



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 497226
Data e Hora: 28/09/2019 23:10

Senha da Classificação:

0045

Paciente: 129873 IGOR JOSE FELIX

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Nome do Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ALTO JOSE BONIFACIO

218

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Y/TIR x PE ALGUA DE MOTO
COM XIA-M-2 em PE/EL
NÃO ABELHAS COM 31/08/19

Exame Fisico

V-EROS
CONSISTE ORIENTADO EUPNICO
MIL EX-EXOSTA DE PDE

Hipotese Diagnostico

EX-EXPOSTA SE PDE

Prescrição Médica

NO 34060

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Ivan L. Costa
CRM-PE 22.591

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	IGOR JOSE FELIX			6 - Nº Prontuário	129873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704104196760973	07/12/1995	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA JOSE DOS SANTOS			12 - Telefone de Contato	8198795533
13 - Nome Responsável	EMANUELE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ALTO JOSE BONIFACIO, 218 - TIMBO				
Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PREU E LIMA	260005	PE	53520090		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + 2 HORAS COM TRAUMA EM PE ESQUERDO COM LACERAÇÃO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º PDE
CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO AFEBRIL
NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
HD: FRATURA EXPOSTA DE 5º PDE
CD: INTERNAMENTO + BLOCO CIRÚRGICO

21 - Condições que justificam a Internação
CITADAS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO E

24 - CID 10 Principal

S923

25 - CID 10 Secundário

M199

26 - CID 10 Causas Associadas

040805069

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do Procedimento
0415020069

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITO	28/09/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho/Tipo	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho/Trajet			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

AIH
261910220982-3

Código do Laudo: 497226



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 29/09/2019

Hora.....: 04:26

Origem Clínica Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59834

Paciente : 129873

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 29/09/2019 03:55

Cid Pré-Operatório : S923

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

IGOR JOSE FELIX

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 29/09/2019 04:25

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 497228

Carteira :

Idade : 23 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050691

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5° PDE

CIRURGIA: LC + DC + RAFI COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. ANTONIO QUEIROZ

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO GRAVE, COM PERDA E EXPOSIÇÃO ÓSSEA + LESÃO TENDINEA EM 5° PDE
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
7. FIXADO FRATURA COM 01 FIO K 1.0
8. SUTURA DE PELE COM NYLON 3-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. RX DE CONTROLE
11. TALA BOTA

OBS.: VIGIAR PERFUSÃO DE 5° PDE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670DR(A) : ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM : 19797

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 9



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: IGOR JOSÉ FELIX REG: 129873

IDADE: 23 SEXO: M DATA DA ALTA 29/09/2019 DATA DA ADMISSÃO 28/09/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE 5º PDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 29/09/2019: LC + DC + RAFI COM FIO K

ORIENTAÇÃO:

- MANTER TALA ATÉ RETORNO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANALGÉSICOS E CEFLEXINA)
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS, PICO, RETORNO EM 1 SEMANA

ORIENTO PACIENTE A OBSERVAR PERFIL DE 5º PDE E RETORNAR AO HOSPITAL E
RECEBER REVISÃO AMPLIADA - O PACIENTE COMPREENDE ORIENTAÇÕES.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM/PE 27.749

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **497228**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	IGOR JOSE FELIX			Prontuário:	129873		
Idade:	23a 9m 22d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	07/12/1995
Profissão:				Escolaridade:			
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 53520090				
Endereço:	ALTO JOSE BONIFACIO	, 218 - TIMBO	- ABREU E LIMA - PE				
Dados da Internação							
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação:	28/09/2019 23:22			
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL			
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO		Leito:	VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

09/10/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	19 / 09 / 19	Hora da Alta:			
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	UNIMANTE ESTÁVEL				
Diagnóstico Principal.....:	FRATURA ULA DO EXOSTA DE SE PDEADO				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	LC+RC PARE COM FO R				
			Guilherme Borba Anselma Médico CRM-PE 27.749		
			Médico e CRM:		
Assinatura e RG					

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

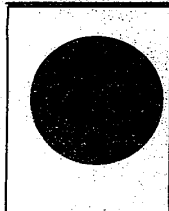


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/10/2019 15:37



Nome Paciente: IGOR JOSÉ FELIX DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/12/1995
Sexo: Masculino
Idade: 23 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/10/2019 15:56 - 04/10/2019 16:11

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO COM HISTÓRIA DE NECROSE DO 5º PDE.

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- GLICOSE: 90.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 37.00 °C

REVISADO
CCH-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local:
Claudia Patricia da Silva
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/10/2019 16:11

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 498073

Senha da Classificação:

0020

Data e Hora: 04/10/2019 16:21

Paciente: 130367 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social: IGOR JOSE FELIX

Data do Nascimento: 07/12/1995 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Registro: 129873 Nome do Pai: SEVERIO FELIX DA SILVA

Estado Civil: SEVERINO FELIX DA SILVA CRM: 12346

Endereço: RUA PEROBA Nº 218 Bairro: MATINHA

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: SILVIASS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

TRAUMATISMO DO PÉ ESQUERDO HÁ 07 DIAS
SUBMETIDO A IMPLANTES E FIXAÇÕES

Exame Físico

WOUNDS 20 05° PDE.

Hipótese Diagnóstico

WOUNDS 20 05° PDE

Prescrição Médica

① Imobilização

Ivan Márcio Guedes
Traumatologia Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/01/2020 16:21:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012116211615600000055810140>

Número do documento: 20012116211615600000055810140

Num. 56734055 - Pág. 15



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

- Nome do Paciente		Paciente IGOR JOSE FELIX	
GOR JOSE FELIX DA SILVA		Nome Social	
- Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	Dt Nascimento 07/12/1995 Registro : 129873
	07/12/1995	☒ Masculino	Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS
1 - Nome da Mãe		Pai SEVERINO FELIX DA SILVA	
MARA JOSE DOS SANTOS		Endereço RUA PEROBA Nº 218	
3 - Nome Responsável		Bairro MATINHA	
EMANUELE SILVA DE OLIVEIRA		Cidade ABREU E LIMA	
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		7 - Telefone	
RUA PEROBA, 218 - MATINHA		87955334	
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53585100

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA DO 05º PDE HA 1 SEMANA . COM FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE SUBMETIDA A LIMPEZA E FIXAÇÃO . EVOLUI COM NECROSE DO 05 PDE

21 - Condições que justificam a internação
NECROSE DE DEDO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA: FRATURA DO 05 PDE

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
LESAO POR ESMAGAMENTO DO(S) ARTELHO(S)	S971 M87.2	V299	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	0408060042		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	264322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	04/10/2019	14501	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Adson Jose Alves de Farias Tratamento de Trauma CRM - 20.671 TEO-15986	

AIH
261910222162-6

Código do Laudo: 498073



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

Página.: 0001

Data.....: 05/10/2019

Hora.....: 12:29

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 59972 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 130057 IGOR JOSE FELIX DA SILVA Atendimento : 498128
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 695 VERD2-19 Idade : 23 Anos
Dt. Início : 05/10/2019 11:55 Dt. Fim : 05/10/2019 12:15
d Pré-Operatório : S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
d Pós-Operatório : T348 GELADURA, COM NECROSE DE TECIDOS, DO TORNOZELO E DO PE

Procedimentos

Procedimento: 0408060042 AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

Equipe Médica

URGIAO 18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: NECROSE DE 5º PDE PÓS-TRAUMÁTICA
INTERVENÇÃO: AMPUTAÇÃO DE 5º PDE COM RECONSTRUÇÃO COM RETALHO NÃO-MICROCIRURGICO
OPERADOR: DR GABRIEL MONTEIRO
1º AUXILIAR: DR ICARO MÖLIM
ANESTESISTA: O PRÓPRIO
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADA NECROSE DE 5º PDE EM TODA SUA EXTENSÃO MEDIAL E PLANTAR COM ÁREA DE PELE PRESERVADA EM FACE DORSO-LATERAL
5. REALIZADA RETIRADA DE PONTOS DE SUTURA DE INTERVENÇÃO ANTERIOR E RESSECADO TODO O PODODACTILO AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALANGICA PRESERVANDO CARTILAGEM ARTICULAR DA CABEÇA DO METATARSO E TALHO DE PELE DORSO-LATERAL;
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE RESTOS DE TECIDOS NECROTICOS + LIMPEZA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
7. SUTURA DO RETALHO PARA FECHAMENTO DA FERIDA OPERATÓRIA;
8. CURATIVO ESTÉRIL COM GASE E ATADURA.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

FATURADO
01/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro Mölim de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **498128**

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **IGOR JOSE FELIX DA SILVA**

SAME: 116522

Idade: 23a 9m 29d

Sexo: F

Estado Civil:

Profissão :

Escolaridade :

R.G.:

C.P.F.:

Endereço: RUA PEROBA

Dados da

Paciente: IGOR JOSE FELIX

Nome Social :

Dt Nascimento : 07/12/1995

Registro : 129873

Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai: SEVERINO FELIX DA SILVA

Endereço: RUA PEROBA

Bairro: MATINHA

Cidade: ABREU E LIMA

Nº 218

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-19

Médico Internação: IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:

Hora da Alta:

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta:

Diagnóstico Principal.....

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Prescrição.....

Dr. Adauto Telfo
Traumatologia / Ortopedia
CRM - 20.671 TEOR 16666

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 05 de 10 de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

P

SAME: 116522

Paciente IGO, JOSE FELIX

Nome Social

Dt Nascimento 07/12/1995

Registro : 129873

Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS

Pai SÉVERINO FELIX DA SILVA

Endereço RUA PEROBA

Nº 218

Bairro MATINHA

Cidade ABREU LIMA 7

CLÍNICA: _____ ORTOPEDIA _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
4/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
17:40	PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA DO PÉ HÁ 1 SEMANA
	COM EVOLUÇÃO PARA NECROSE DO 05º PDE
	CD- INDICO AMPUTAÇÃO
05/10/19	# SOT #
09:28	MD: Necrose do 5º PDE
	Em tempo, paciente avaliado por Dr. Gabriel
	Montano, o qual indicou amputação para o caso
	diante do aspecto necrótico do 5º PDE e à isquemia
	local.
	CD: Ao globo cirúrgico
	Fornecido para de amputação.
06/10/19	# SOT #
12:23	MD: A mesma
	PO (05/10): Amputação de 5º PDE com reconstrução
	de retalho não microcirúrgica
	Paciente estável sem queixas. FO limpa e seca,
	negativa dor ao toque de amputação.
	ECG B, hTETg supraventricular e afébril.
	CD: Alta hospitalar p/ seguimento ambulatorial.

Ivan Márcio Guedes
Traumato Ortopedia
Cirurgia da Coluna
CRM 14501

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
M. 27686
CRM-PE 27686 CRM-BA 33333

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
M. 27686
CRM-PE 27686 CRM-BA 33333
Dr. Felipe Nunes



Atendimento: 498128

Dt Atendimento: 05/10/2019 - 11:08

Dt Alta: 06/10/2019 - 15:54

Paciente: 130057 IGOR JOSE FELIX DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 80 ORTL-513-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

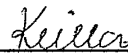
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: KEILLAACN

CID:

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

Observação de Alta



KEILLA AMANDA CORREIA DO NASCIMENTO

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



ARCTOM AT609837

1592V 15209827

00000000000000000000

00000000000000000000

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5781 733

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: João José Félix M. Nunes Idade: 23

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Mar. de São

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação-Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
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: Pront. com trauma de queda

Hipótese Diagnóstica: Fratura de fêmur em 5.º dia

AValiação Clínica

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

ER: RN 35-50
≤ 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

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

frat. Colateral



EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

TOTAL DE PONTOS ECG

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

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

NATUREZA DA LESÃO

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

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

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

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____ Intercorrências: _____
FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____
Temperatura: _____
Frequência Cardíaca: _____
Frequência Respiratória: _____
Pressão Arterial: _____

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

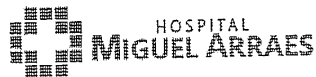
Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento: Médico S () N ()
Sintomas: _____
Diagnóstico: _____
Tratamento: _____

Local e data

FC RM 120-160
041-00 ons 1 >
011-00 ons 1-10
001-00 ons 10-20

Medico Assistente
Cláudio Neto
CRM-PE 24630





RECEITUÁRIO

Ignorância
quanto a
paciente submetida a cirurgia
do 5º dedo da mão direita
complicação de fratura
do 5º ME em 05/10/19
foi prescrito o
ciclotriplac e de 1000
mg de
22/11/19

Dr. Adson José Alves de Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TECT

Dr. Adson José Alves de Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TECT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO







SINISTRO 3200010406 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IGOR JOSE FELIX DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA
S/A

BENEFICIÁRIO IGOR JOSE FELIX DA SILVA

CPF/CNPJ: 12284658431

Posição em 15-01-2020 13:58:42

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
16/01/2020	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

