

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO, brasileiro, solteiro, vistoriador, portador do RG nº 6.359.436 SDS/PE e do CPF nº 071.382.524-39, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Cinquenta e Cinco, nº 22, Jardim Paulista, Navarro, Paulista/PE, CEP: 53.409.560.

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: wradvogadosjp@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 ACÇÃO 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 valores e 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, autorizando desde já a sua retenção, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 28 de maio de 2020

Outorgante: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

IVSON GUIMARÃES DE AQUINO, brasileiro, solteiro, vistoriador, portador do RG nº 6.359.436 SDS/PE e do CPF nº 071.382.524-39, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Cinquenta e Cinco, nº 22, Jardim Paulista, Navarro, Paulista/PE, CEP: 53.409.560. 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 **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO 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, 28 de maio de 2020

Declarante: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO.



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

Eu, JUSON GUIMARÃES DE AQUINO,
RG/CNH nº 6.359.436, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 071.382.524-39,
endereço: RUA CINQUENTA E CINCO, nº 22, JARDIM
PAULISTA / NAVARRO.
CEP: 53.409.560, cidade de PAULISTA - PE, telefone(s)
(81) 9.844-6915, **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.

ABREJO E LIMA - PE, 28 de MAIO de 2020.

JUSON GUIMARÃES DE AQUINO

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.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

NOME
IVSON GUIMARAES DE AQUINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6359436 SDS PE

CPF
071.382.544-39

DATA NASCIMENTO
26/02/1987

FILIAÇÃO
IVAN GUIMARAES DE AQUI

NO
IVETE MARIA FERREIRA

PERMISSAO
AB

Nº REGISTRO
04762400118

VALIDADE
16/01/2024

1ª HABILITACAO
23/09/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSAO
16/01/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

91347390987
PE090351550

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754954970

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754954970





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **071.382.524-39**

Nome: **IVSON GUIMARAES DE AQUINO**

Data de Nascimento: **26/02/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/12/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:43:58** do dia **21/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **11C4.CDB9.D8F9.83AA**



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 ADRIANA ROMUALDO DE LIMA CPF: 767.948.734-00	DATA DE VENCIMENTO 05/05/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 155,92	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/04/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 27/04/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 106248280	CONTA CONTRATO 007009535718 Nº DO CLIENTE 2011862387 Nº DA INSTALAÇÃO 0002372705
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CIQUENTA E CINCO 144 LOTE 22 JARDIM PAULISTA/NAVARRO 53409-560 PAULISTA PE	RESERVADO AO FISCO B528.7EC0.9EFF.659C.2FD1.1CBE.2AB4.56EF		
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.celpo.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD		170,41	0,43299956	73,78
Consumo Ativo(kWh)-TE		170,41	0,36417065	62,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal				14,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 098483309-27/02/20				0,89
Multa por atraso-NF 098483309 - 27/02/20				2,14
Juros por atraso-NF 098483309 - 27/02/20				1,27
Atualização IGPM-NF 098483309 - 27/02/20				1,57
TOTAL DA FATURA				155,92

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
135,83	25,00	33,95	135,83	1,10	1,49	135,83	4,99

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
02/04/20	27/04/20	133,07

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois meses consecutivos sem o pagamento dos débitos, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 9º da Resolução ANEEL nº 1.472/2016. Podem ocorrer restrições de crédito SPC e SERASA, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0.29838000		ABR 20	
Consumo Ativo(kWh)-TE 0.25095000		MAR 20	
		FEV 20	
		JAN 20	
		DEZ 19	
		NOV 19	
		OCT 19	
		SET 19	
		AUG 19	
		JUL 19	
		JUN 19	
		MAI 19	
		ABR 19	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
	R\$	%
Geração de Energia	42,35	31,17
Transmissão	4,92	3,62
Distribuição (Celpe)	29,90	22,01
Encargos Setoriais	7,03	5,18
Tributos	42,21	31,08
Perdas de Energia	9,42	6,94
TOTAL	135,83	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003192423014	CAT	26/03/2020	117,00	27/04/2020	290,00	32	1,00000	0,00	173,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/05/2020									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM
fe v/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	PARATIBE I	0,00	4,95	9,91
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DCRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 50,84				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCRI a qualquer momento.				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de Você fany pet: rua dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenas
papalaria e variedades: avenida doutor claudio josé gueiros leite jangaLista completa em www.celpe.com.br.”
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subscunção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
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 de fornecimento ou dos 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	MÁXIMO
220	202	238
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravações e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Prete a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 011215 Série 000084



ADSON GUIMARÃES DE ARAÚJO

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Adson Guimarães de Aquino
 Loc. Nasc. Piculi Est. PE Data 26 / 02 / 87
 Filiação João Guimarães de Aquino
Joelle Maria Ferreira
 Doc. Nº RG 6.359.436 S.S.P. PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 11 / 04 / 05 DRT PE
Valdemir Q. Silva
 Assessor Administrativo
 Matr. 12862-7

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



CONTRATO DE TRABALHO

Empresa REFERENCIAL SEGURANCA PRIVADA LTI

CNPJ: 24154455000120

End.: R ANTONIO DE SANTA, 47

CEP: 50680170 Cidade: Recife

PE

Esp. do estabelecimento: Atividades de vigilância e seg

Cargo: VIGILANTE

CBO 517330

Data admissão: 09/01/2018

Registro nº 1

Folha: 33

Remuneração especificada: 1.109,19 ---//---

(Jm Mil, Cento e Nove Reais e Doze Centavos)

NANCY SOUZA

REFERENCIAL SEG PRIVADA

CNPJ: 241544550001-20

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de de 2018

NANCY SOUZA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

REFERENCIAL SEG PRIVADA

CNPJ: 241544550001-20

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.... MULTI VISTORIAS AUTOMOTIVAS EIRELI

C.N.P.J..... 28.104.402/0009-02

Endereco..... ROD PE 15, 242

Complemento... KM 16 5

Bairro..... CENTRO

Cidade..... PAULISTA - PE

Cargo..... VISTORIADOR (A)

CBO..... 351730

Data Admissao: 30/11/2018 No.Reg.: 000001

Salario..... R\$ 1.200,00

(um mil e duzentos reais) Por Mes

MULTI VISTORIAS AUTOMOTIVAS EIRELI

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD nº

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





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTÓCOLO: Nº 19071110B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 23/12/2019 Hora: 07:20 Município: ABREU E LIMA/PE
BR: 101 KM: 50,1 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: DE SANTANA, 1183747

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 23/12/2019, por volta das 07:20h, no Km 50 da Br 101 em Abreu e Lima/PE sentido Paulista/Igarassu, ocorreu um acidente do tipo Atropelamento de pedestre com feridos. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/XRE 300, placa PFA 6805 (V1). Com base nas informações passada no local por terceiros e pelo condutor de V1, constatou-se que V1 transitava na pista de rolamento quando atropelou o pedestre que tentava atravessar o leito carroçável. Quando a PRF chegou à ocorrência, não foi encontrado V1 e o local do acidente não fora preservado. A velocidade para a via é de 60 Km/h. O pedestre não atravessou a via em sua faixa. Assim sendo, conclui-se que a responsabilidade pelo acidente recai sobre o pedestre que apesar do local constar uma faixa de travessia com um agente de trânsito orientando a passagem dos pedestres não obedeceu a sinalização optando por atravessar o leito fora da faixa de passagem de pedestre.



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

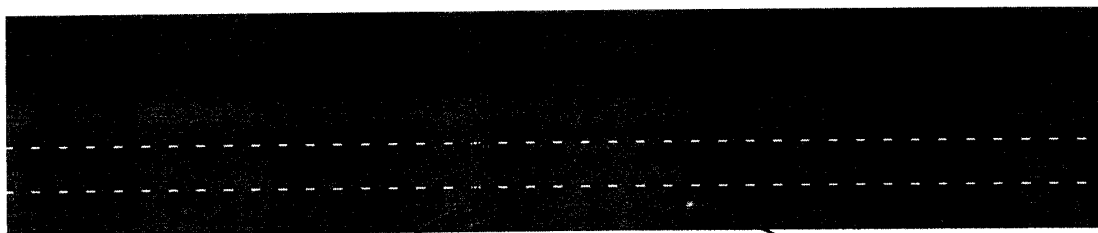


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito

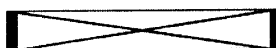


PASSAGEM DE PEDESTRE

LOCAL DO IMPACTO

MERCADO PÚBLICO DE ABREU E LIMA

← PAULISTA



IGARASSU →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Pedestre	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - PFA6805 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: PFA6805 Marca/modelo: HONDA/XRE 300

Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2ND0910CR011287

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: Não foi possível informar os danos do veículo.

Renavam: 00464476690

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Verde



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/XRE 300

Placa: PFA6805

Nº BOAT: 19071110B01

Nome do Agente: DE SANTANA

Matrícula do Agente: 1183747

Data: 23/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

V1 - Proprietário

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
Email:
Endereço: ABREU E LIMA-PE

CPF/CNPJ: 071.382.524-39
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - IVSON GUIMARAES DE AQUINO

V1C - Informações

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
CPF: 071.382.524-39
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 26/02/1987
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Leves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 23/09/2009
Vencimento da habilitação: 16/01/2024

Nº Registro: 04762400118
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA SETENTA, 0000000036, CAETES III, ABREU E LIMA-PE
Telefone: 984416915

Email:

V1P1 - PASSAGEIRO 1 DO V1 - Bianca Lima de Cruz Melo

V1P1 - Informações

Nome: Bianca Lima de Cruz Melo
Nº de Identificação/órgão expedidor: 8.226.462/SDS-PE
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 03/12/1990
Sexo: Feminino
Usava capacete: Sim

V1P1 - Dados do Contato

Endereço: Rua 55, 144, Jardim Paulista
Telefone:

Email:

V1P1 - Encaminhamento



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19071110B01

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Encaminhado pelo SAMU para a UPA de Igarassu

E1 - PEDESTRE - ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

E1 - Informações

Nome: Antonio Carlos dos Santos

Data de Nascimento: 07/09/1967

Envolvimento: Pedestre

Nº de Identificação/órgão expedidor: 132.573
/SDS-
PE

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato

Endereço: DESTERRO, ABREU E LIMA-PE

Telefone:

Email:

E1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: Unidade PRF

Informações complementares: Sorrido pelo Helicóptero da PRF



Documento assinado eletronicamente por DE SANTANA, matrícula 1183747, Policial Rodoviário Federal, em 23/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19071110B01 e o número de controle 2B95C795D1FBC4C5F79ED44CAF8477.

191





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000051 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). IVSON GUIMARAES DE AQUINO, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6359436 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 071.382.524-39, residente à RUA SETENTA, nº 36, , CAETES III, ABREU LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 23/12/2019, por volta das 07:45 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBÓ ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA XRE 300, VERDE, PFA6805-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) IVSON GUIMARAES DE AQUINO, inscrito sob o CPF nº 071.382.524-39 e Registro Geral nº 6359436, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710121-0 FRANÇA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE IGARASSU. Registrado(a) com o prontuário nº 1167784. Ficou aos cuidados do médico MARILIA LIMA, registro 23640. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 19/01/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000051

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

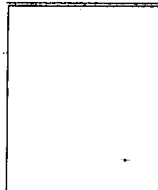


UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 08:27



Nome Paciente: IVSON GUIMARAES DE AQUINO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/02/1987
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0049
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/12/2019 08:29 - 23/12/2019 08:31

ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO POR BOMBEIROS, EM MACA + COLAR CERVICAL, RELATA DOR EM MSE. NEGA TCE, NAUSEAS, VOMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA

Observação: HAS -
DM -
ALERGICO A DIPIRONA

Fisxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 6

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA DE ARAUJO OLIVEIRA - COREN: 321360 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 08:31

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1167784

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/12/2019 08:34

0049

Paciente: 152006 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVE TE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA -- 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): 6359436 SDS/PE Data de Emissão: CNS: 706901133395533
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416915
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA-IGARASSU
FATURADO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: 23/12/19 HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Viêmose, coxite, muito dolorosa com
dores no ombro E
trabalho pelo trabalho*

EXAME FÍSICO:

*Exame físico normal, sem sinais de inflamação
no ombro E*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Artrose coxal e artrose

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx - fêmur e pelve E

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

23/12/19

HORÁRIO

*Tudo muito doloroso
Trabalho HMA 5843745
Trabalho muito doloroso com 50,9% EU
dieta VO livre.*

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/PE: 23648

Flaviana Cabral
CRM/PE: 23648







Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA: 5843743
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>Adson Jose Alves de Farias</u>	Idade: <u>38 a</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente ()	
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: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
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



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 à 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: _____

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

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

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vítila () Outros ()

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

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítila () Outros ()

Lolô () 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 Cardíopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura rotulada E

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Teresopolis

Médico Regulador: _____

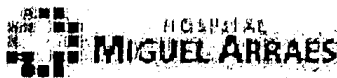
Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

23/12/19
Local e data

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
GRUPO: 2364
Médico Assistente





TRANSFERÊNCIA – PLANTÃO RESTRITO

NOME: IVSON GUIMARÃES DE AQUINO

Transfiro o paciente supracitado à unidade de origem pois o plantão encontra-se restrito devido a superlotação e falta de espaço físico. No momento o plantão encontra-se aberto apenas para URGÊNCIAS ABSOLUTAS/EMERGÊNCIAS (fraturas expostas, fratura-luxação, infecções, etc...).

Como paciente em bom estado geral, sem necessidade de abordagem cirúrgica de urgência e sem risco de morte iminente ou risco de seqüela no momento, por ordem da direção deste hospital o paciente deverá retornar à unidade de origem e permanecer aguardando nova transferência após contato prévio com a emergência deste hospital nos próximos plantões e confirmação de disponibilidade de leitos disponíveis para internação.

Desculpe pelo transtorno e agradecemos pela compreensão.

Paulista, 23 de dezembro de 2019

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2019 20:14

Nome Paciente:	IVSON GUIMARAES DE AQUINO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	26/02/1987
Sexo:	Masculino
Idade:	32 anos
Senha:	0176
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 23/12/2019 20:22 - 23/12/2019 20:23

DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA DO HMA COM CONTRA REFERENCIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 2

Acolhido(a) por: DENISSE TABATA CAVALCANTE DE BRITO - COREN: 10866 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2019 20:23

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1168005

Senha da Classificação:

0176

Data e Hora: 23/12/2019 20:26

Paciente: 152006 IVSON GUIMARAES DE AQUINO Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Data do Nascimento: 26/02/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA Nome do Pai: IVAN GUIMARAES DE AQUINO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA SETENTA -- 36 Bairro: CAETES III
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53545080 Usuário Atendimento: ADRIANAOSG
RG (Identidade): 6359436 SDS/PE Data de Emissão: CNS : 706901133395533
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07138252439 Fone: 84416915
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA IGARASSU
FATURADO

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

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) Dose Livre	
2) Tranquilizante 50mg e 5/99% 28ml F.V. 1/2 hora	
3) Analgésico oral	
4) Colocar em 10794 e 10795	

Dr. Fagner Athayde

Médico Ortopedista
CRM 16886 - TEOT 1255

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ☒ Ambulatório ☐ Sala Verde ☐ Sala Amarela ☐ Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

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

Médico / Cremepe:

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

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

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

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



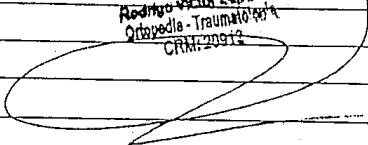
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO		UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ICA-RASSU HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO		GESTÃO IMIP HOSPITAL GR																							
24h		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE																									
NOME: <u>Adson Jose Alves de Farias</u>		IDADE: <u>18</u>		ATENDIMENTO: <u>23/12/19</u>																							
MONITORIZAÇÃO																											
	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	ASS.	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	ASS.	
PA																											
FC																											
T ax																											
FR																											
SPO2																											
OXIGENOTERAPIA																											
ASP. TRAQUEAL																											
HGT																											
DOR																											
DIURESE																											
ELIMINAÇÕES																											
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO														ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOTURNO													
HORA														HORA	aguardo transferência para H.M.A, até 24-12-19												
NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN														NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN													
														Uk + Ana + Vanessa													



PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: ISSW GUIMARÃES Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
24/12/15	1) DITA 1000mg				
	2) SF 033 500mg (1) 2x				Receita
	3) I D 111 100mg (1) 2x				Receita
	4) SSU + UUGG				17.
					



**UPA24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSUSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO



DATA: 24/12/19 HORA: 08:35

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: João Guimarães de Aguiar Idade: 32 N° do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura de Estômago

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ Alergias Quais: _____ ☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Epilepsia
☐ Depressão ☐ Câncer ☐ Doenças pulmonar ☐ Outras _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Acianótico ☐ Cianótico ☐ Anictérico ☐ Ictérico ☐ Pele fria ☐ Pele úmida ☐ Reações Alérgicas
☐ EDEMAS ☐ Face ☐ Pálpebra ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Anasarca ☐ ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Topóroso ☐ Sodado PUPILAS: ☐ Olho direito
☐ Olho esquerdo ☒ Normais ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Estrabismo ☐ Midríase ☐ Miose ☐ Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo ☐ Chorooso ☐ Irritado ☐ Sonolento ☐ Ansioso ☐ Agitado

8. SINAIS VITAIS

☐ Afebril ☐ Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ lpm-Sat O2= _____ % ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Traqueostomia ☐ Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ☐ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Rítmico ☐ Ausente ACESSO VENOSO: ☐ Central Jugular ☐ Central Subclávia.
☒ Perférico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ TYO ☐ Aceita bem ☐ Parcialmente ☐ Não aceita ☐ SNG ☐ SNE ABDOME: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Plano
☐ Pálido ☐ Acático ☐ Gravidico EVACUAÇÃO: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Flatos ☐ Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: ☐ Normal
☐ Mucoso ☐ Líquida ☐ Melena ☐ Odor fétido ☐ Odor característico EMASE Aspecto: ☐ Hematêmase ☐ com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistotomia ☐ Irrigação ☐ Anúria
☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa ☐ Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☐ Sim ☐ Não FORÇA MOTORA: ☐ Sim ☐ Não ☐ PARESIA Local: _____
☐ AMPUTAÇÃO Local: _____ ☐ GESSO Local: _____ ☐ TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: 1 Para 1 Aborto DUM 0 / 0 / 0 IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:
2. Dor () Crônica () Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros:
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia () Outros:
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h () Outros:
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarréia () Outros:
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade da pele
11. () Risco para lesão	() Realizar higiene íntima após eliminações () Manter lençóis limpos secos e esticados () Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:
12. () Depressão	() Manter vigilância constante
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,7^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:
16. ()	() <u>SSW</u> () () () () Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
DUM- Data da última menstruação
VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
IG- Idade Gestacional

MMII- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO <i>Virginia Mota</i> COREN - PE 253443 ENF	Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO
Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO	Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: IVSON GUIMARAES DE AQUINO

Reg.: 675730 Pront.: 1197557

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 26/02/1987

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 32

Admissão: 24/12/2019 10:54

Alta: 30/12/2019 10:00

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3600 | Email: saca@ordacasa.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Admissão:

S52.1 FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

PACIENTE COM FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO GRAU II, HÁ UMA SEMANA, BLOQUEIO DE 40% DE PRONAÇÃO. TRATAMENTO INCRUENTO, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Diagnóstico:

Principal

S52

FRATURA DO ANTEBRAÇO [NOTA: AS SÉGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA]

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	24/12/2019 10:54	30/12/2019 10:00	6 dia(s)

Orientação:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO COM DR. HENRIQUE BARBOSA COM 21 DIAS
TALA AXILO PALMAR
ANALGESIA
RX DE CONTROLE

Condição de Alta:

Curado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-10531





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **IVSON GUIMARÃES DE AQUINO**, prontuário nº **1197557**, admitido neste hospital em 24/12/2019 com diagnóstico de Fratura de cabeça do rádio esquerdo, paciente sem indicação cirúrgica no momento, sendo submetido a tratamento conservador. Recebeu alta hospitalar em 30/12/2019 com acompanhamento ambulatorial.

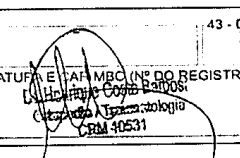
Recife, 17 de Março de 2020.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE-13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HSA		4 - CNES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE IVSON-GUIMARAES-DE-AQUINO		6 - Nº DO PACIENTE 675730	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem. ☐ 3		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
19 - CEP		20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo		0 4 0 2 8 0 0 2 0 3 6 9	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica		0 3 0 1 8 0 0 1 0 0 1 9	
25 - DIAGNOSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	
27 - CID 10 SECUNDÁRIO		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III ☐			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
40 - OTDE		41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatório de Dr. Henrique Barbosa.			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. HENRIQUE BARBOSA		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/12/19	
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 		47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
48 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO () CNS () CPF		51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	

Cod.: 1192





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32
ANO(S)
Nome do Paciente:**IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IVETE MARIA FERREIRA
CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S524 - FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura de Cabeça do Rádio
Esquerdo CÓDIGO: 0408020369

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: 1º Atendimento em Clínica Cirurgica Ortopédica
CÓDIGO:0308010019

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA :		
5	ANESTESISTA :		
6	CLÍNICA MÉDICA :		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo, evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente reavaliado, com Fratura de Cabeça do Rádio Esquerdo Grau II, há uma semana, bloqueio de 40% de pronação, fratura sem indicação de cirurgia no momento, paciente ciente e de acordo. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:675730 Prontuário:1197557 Data de Nascimento:26/02/87 Idade:32
ANO(S)
Nome do Paciente: **IVSON GUIMARAES DE AQUINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: IVETE MARIA FERREIRA
CPF: 07138252439

Data: 30/12/2019

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
OUTROS:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



SINISTRO 3200179565 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVSON GUIMARAES DE AQUINO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO IVSON GUIMARAES DE AQUINO
CPF/CNPJ: 07138252439

Posição em 26-05-2020 10:41:13

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
26/05/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

