

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JONAS CORDEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de produção, portador do RG nº 5.981.054 SDS/PE e do CPF nº 046.431.324-42, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua das Carambolas, nº 162, Forte Orange, Ilha de Itamaracá/PE, CEP: 53.900-000.

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 **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 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, 17 de junho de 2020

Outorgante: Jonas Cordeiro da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JONAS CORDEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de produção, portador do RG nº 5.981.054 SDS/PE e do CPF nº 046.431.324-42, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua das Caramolas, nº 162, Forte Orange, Ilha de Itamaracá/PE, CEP: 53.900-000. 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, 17 de junho de 2020

Declarante: Jonas Cordeiro da Silva.



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

Eu, JONAS CORDEIRO DA SILVA,
RG/CNH nº 5.981.054, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 046.431.324-42
endereço: RUA DAS CARAMBOLAS, nº 162, FORTE ORANGE.

CEP: 53.900-000, cidade de ILHA DE ITAMAKACÁ-PE, telefone(s)
(81) 9.8587-8934, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2019 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, 17 de JUNHO de 20 20.

Jonas Cordeiro 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.

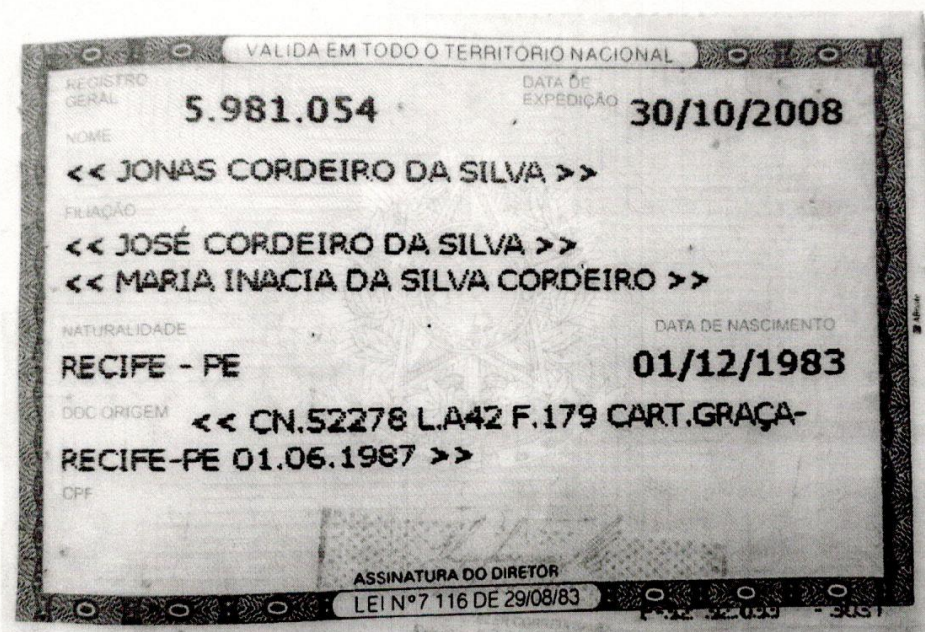
Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

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

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

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







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **046.431.324-42**

Nome: **JONAS CORDEIRO DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/12/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/03/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:10:51** do dia **27/04/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AC8E.03F6.4E8A.1E9D**



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

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





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 202004103786848

Escritório: ITAMARACA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOSE CORDEIRO DA SILVA
R DAS CARAMBOLAS, N. 00162 - FORTE ORANGE ILHA DE ITAMARACA PE 53900-000
INSCRIÇÃO: 076.580.060.1171.000

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

GRUPO: 1

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10378684.8

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA:

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	INDUSTRIAL	PÚBLICO
CORTADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL		
HIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/R)		
A19N222644	23/03/2020	22/04/2020	MÉDIA HD /		

ÁGUA	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 29	CONSUMO: 0	
LEIT. ATUAL: 34	HD N LOCAL	
LEIT. FAT.: 34	ANORMALIDADE DE LEITURA	
	LEIT. ANT.:	
	LEIT. ATUAL:	
	LEIT. FAT.:	

HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
03/2020 4/	A	TURBIDEZ	MS 2.914/11	44	44
02/2020 4/	A	COR APARENTE		44	44
01/2020 6/	A	COLOR RESIDUAL		44	44
12/2019 5/	A	COLIFORMES TOTAIS		44	43
11/2019 6/	A	E.Coli		44	44
10/2019 4/	A	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA 4/ 0	A				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 5/24
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 04/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$
64,75
2,35
13,22

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	0,00	1,65	0,00
COFINS	0,00	7,60	0,00

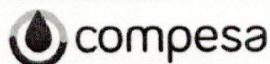
VENCIMENTO: 05/05/2020

TOTAL A PAGAR: 80,32

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 3 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 330.83. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 27/04/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10378684.8 04/2020-8

VENCIMENTO: 05/05/2020

TOTAL A PAGAR: 80,32

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82800000000-1 80320018076-8 10378684801-5 04202080003-2



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

036915 **00079**

Número Série

Adson José Alves de Farias
 ASSINATURA DO PORTADOR



CONV. / O.R.T.I.P.E. Nº 157

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Adson José Alves de Farias*

Loc. Nasc. *PE* Est. *PE* Data *01.12.83*

Filiação *Adson José Alves de Farias*

Doc. Nº *5.957.059 SDS PE*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão *18.07.2003* *Rivaldo P. da Silva* *DRT*

Rivaldo P. da Silva
 Assinatura do Funcionário



CONTRATO DE TRABALHO 109 918 624 / 0001 - 671

Empregador **São Mateus Frigorífico Industrial Ltda.**

CNPJ/MF **Av. da Recuperação, s/nº**

Rua **(Rod. BR 101 - Norte - Km 10,2 A)**

Município **Guabiruba - CEP 52281-011**

Esp. do estabelecimento **Indústria de Produção**

Cargo **Aux. de Produção**

CBO nº **919010**

Data admissão **01** de **Setembro** de **2003**

Registro nº **Fls./Ficha**

Remuneração especificada **R\$ 910,00**

..... **Cemitério de Ananias (Assis) (Assis)**

..... **São Mateus Frigorífico Ind. Ltda.**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída **12** de **Agosto** de **2004**

..... **São Mateus Frigorífico Ind. Ltda.**

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº **407338**

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 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0120000482**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2020** às **09:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **23/2/2020** às **14:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA FORTE ORANGE, 01, RODOVIA ESTADUAL PE 001** - Bairro:
FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **53900-000** - Ponto de Referência:
PEDRA FURADA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

~~DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)~~
JONAS CORDEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Nome Social: **JONAS** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO** Pai: **JOSE CORDEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/12/1983** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5981054/SDS/PE (RG), 04643132442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 81985494931**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMARACA, 162, RUA DAS CARAMBOLAS - CEP: 0 - Bairro: FORTE ORANGE - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMOVELO ONIX PRATA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **4445 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **A VITIMA SO VIU O FINAL DA PLACA DO VEICULO 4445**

16/03/2020 10:17



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS CORDEIRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU4J30** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE, ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA PE 001. QUE, ESTAVA A CAMINHO DA CASA DE SUA SOGRA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO SAIU DE UMA RUA NA LATERAL ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO PEGOU O MESMO SENTIDO DA VIA QUE ELE ESTAVA. QUE, O IMPUTADO COLOCOU SEU VEICULO NA FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA EM MOVIMENTO. QUE, O IMPUTADO NÃO DEU A PREFERÊNCIA AO VEÍCULO DA VÍTIMA. QUE, O IMPUTADO COLIDIU NA LATERAL ESQUERDA DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, DANIFICOU A LATERA ESQUERDA E A FRENTE DA MOTOCICLETA DA VÍTIMA. QUE, A VÍTIMA CAIU NA VIA PUBLICA NO MOMENTO DA COLISÃO. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NA PERNA ESQUERDA. QUE, A VÍTIMA SOFREU LESÃO NO FEMO. QUE, A VÍTIMA DESCONHECE O IMPUTADO. QUE, A VÍTIMA SO VIU O FINAL DA NUMERAÇÃO DA PLACA DO IMPUTADO. QUE, O FINAL DA PLACA ERA 4445. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU. QUE, A VÍTIMA RELATA QUE FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES DE ALENCAR. QUE, FOI ATENDIDO PELO MÉDICO IGOR ALCENOS CRM PE 26.446.

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

JONAS CORDEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ JÚLIO SANTOS DE MELO** - Matrícula: **296929-7**
(Liberado em **16/03/2020** às **10:15**)





**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPISSUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 010 /2020
EM: 07/05/2020

Declaramos que no dia 23 de FEVEREIRO de 2020, por volta das 15h:10m, o **Sr. JONAS CORDEIRO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade **RG nº 5.981.054-1 SDS/PE** e **CPF: 046.431.324-42**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Itapissuma, sobre o **QTC: S 752984**, vítima de colisão de moto com automóvel, na PE 001 ESTRADA DO FORTE ORANGE em Itamaracá/PE. A Vítima estava consciente, orientada, APRESENTANDO PROVÁVEL FRATURA DE FEMUR. Prestado atendimento no local e removida para HMA SOB-REGISTRO 518578.

LUCIANO CARLOS TITO

COREN-PE 359.251-ENF

Coordenador do SAMU Metropolitano de Itapissuma


Luciano Tito
Coord: Samu Itapissuma
Coren - PE 359251 - ENF

SAMU METROPOLITANO DE ITAPISSUMA

RUA DA SAUDE, SN - CENTRO - ITAPISSUMA/PE - CEP 53.700-000.

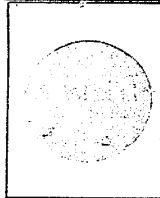


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/02/2020 16:17



Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 518578

REGISTRO: 134572

PACIENTE..... JONAS CORDEIRO DA SILVA

NASCIMENTO... 01/12/1983

IDADE: 36

SEXO: MASCULINO

MÃE..... MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

ENDEREÇO..... PE 01 NORTE ORANGE, NÚMERO: 12

BAIRRO..... BAIXA VERDE

CIDADE..... ILHA DE ITAMARACA

: 23/02/2020 16:20 - 23/02/2020 16:25

RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE ITAPISSUMA VITIMA DE ACIDENTE COLISÃO MOTO CARRO, NEGA VOMITO, DESMAIO, ESTAVA COM CAPECETE. GLASWOL 15. REFERE FORTE DORES EM FEMUR E.

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- GLICOSE: 105.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 148.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Kenia Hoylla
COREN PE 12132

Acolhido(a) por: RUBIANNE LIMA DE SOUZA - COREN: 12132 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/02/2020 16:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2020 10:53:16

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061810531657300000062524485>

Número do documento: 20061810531657300000062524485

Num. 63699036 - Pág. 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 518578

Data e Hora: 23/02/2020 16:31

Senha da Classificação:

0014

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/12/1983

Idade: 36 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO

Nome do Pai: JOSE CORDEIRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: PE 01 NORTE ORANGE

12

Bairro: BAIXA VERDE

Cidade/UF: ILHA DE ITAMARACA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 16:24

Queixa Principal

Paciente vítima de queda, diário, colisão moto - carro há aprox 1 hora -
condução da moto. refere uso de capacete. não ingesta alcoólica, não em
40 km/h no momento do acidente. não desmaiou, contusão, hematomas.

Exame Físico

A = uia áreas xeróticas; em uso de collar cervical e prancha.

B = MV + AHH GIRA. SO2: 98%. AA

C = RUÍDOS CREIOS e RÍTMICOS. RR 21 INF 16. FC: 104 bpm. PA: 114/80 mmHg

D = ECO = AS; papéis isotomográficos

E = 2a intenção em ME; com edema de cora @. sem fr de osso.

Hipótese Diagnóstico

Ruim trauma

Fr ME?

Prescrição Médica

1) Solicito Rx do trauma + Rx de ME

2) Rx da ortopedia

Dr. Lilia Leal
Cirurgia Geral
CRM: 123456

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:





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	JONAS CORDEIRO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	134572
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898003908046051	01/12/1983	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			12 - Telefone de Contato	8198962624
13 - Nome Responsável	MARIA INACIA DA SILVA CORDEIRO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ILHA DE ITAMARACA	260760	PE	53900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM RELATO DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 4H, APRESENTANDO DOR INTENSA + DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA, À TCE, NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

24 - CID 10 Principal
S723

25 - CID 10 Secundário
V239

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

28 - Código do Procedimento
0408050519

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
204324440460006

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

34 - Data da Solicitação
23/02/2020

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
13925

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH

262010246510-1

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20071 TEST: 15866

Código do Laudo: 618593



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

Página.: 0001

Data.....: 24/02/2020

Hora.....: 00:10

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63102

Paciente : 134572

Convênio Atend. : 1

Leito : 340

Dt. Início : 23/02/2020 23:55

Cid Pré-Operatório : S723

Cid Pós-Operatório : S723

Sala : 0002

SALA 02

JONAS CORDEIRO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 009

Dt. Fim : 24/02/2020 00:00

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 518593

Carteira :

Idade : 36 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050098

INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO

TIPO DE INTERVENÇÃO: INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA EM TÍBIA ESQUERDA

OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME

1º AUXILIAR: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES

ANESTESIA: SEDAÇÃO

ANESTESISTA: DR. FELIPE

DESCRIÇÃO

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02. REALIZADO ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

03. REALIZADO PASSAGEM DE FIO DE KIRSCHNER Nº4.0 EM TÍBIA ESQUERDA. INSTALADO APARELHO DA TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

CURATIVO

.. VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Dados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
05/03/2020
CLAUDEYAN SOUSA
FATURISTADR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2020 10:53:16

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061810531657300000062524485>

Número do documento: 20061810531657300000062524485

Num. 63699036 - Pág. 4

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

Página.: 0001
Data.....: 27/02/2020
Hora.....: 11:31

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63148 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA Atendimento : 518593
Convênio Atend. : 1 SUS INTERNACAO Carteira :
Leito : 58 ORTL-508-LEITO 002 Idade : 36 Anos
Dt. Início : 27/02/2020 09:20 Dt. Fim : 27/02/2020 11:10
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA
ANESTESISTA 10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO
CIRURGIA: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR ESQ. RETROGRADA
CIRURGIÃO: DR. RODRIGO AMORIM
1º AUXÍLIO: DR. IAN
ANESTESISTA: DRA. SYLVIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO INFRA PATELAR COM DIVULSAO PRO PLANOS
5. PASSAGEM DE FIO K 2,5 COM FRESAGEM INICIAL DO CANAL FEMORAL
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. FRESAGEM DO CANAL COM FRESA 9, 10, 11.
8. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 11X38
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS
10. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS DE ANTERIOR PARA POSTERIOR
11. LAVAGEM DA FERIDA OPERATÓRIA
12. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS
13. CURATIVO
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

1

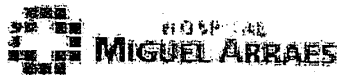
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
05/03/2020
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA
CRM : 17439

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONAS CORDEIRO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE:36 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:23/02/2020

DATA NASC.: 01/12/83

REG:134572

DATA DA ALTA: 28/2/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- OSTEOSINTESE COM HASTE RETROGRADA DE FEMUR ESQUERDO

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO E SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- CARGA PRECOCE CONFORME DOR E MOBILIDADE PRECOCE COM MIE;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Igor Alcendor
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **518593**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JONAS CORDEIRO DA SILVA			Prontuário:	134572
Idade:	36a 2m 27d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	01/12/1983
R.G.:	5981054	C.P.F.:	04643132442	Telefone:	CEP 53900000
Endereço:	PE 01 NORTE ORANGE, 12 - BAIXA VERDE			- ILHA DE ITAMARACA - PE	
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	23/02/2020 19:34
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	5 AND - ORTOPEDIA I			Acomodação:	ENFERMARIA 4 LEITOS
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	ORTL-508-LEITO 002

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	FATURADO 05/03/2020
Telefone:	Cidade:	Estado civil:
		CLAUDEVAN SOUSA
		PLANTONISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	<u>28/02/20</u>	Hora da Alta:	_____
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	<u>Bom Condicionamento Clínico</u>		
Diagnóstico Principal.....:	<u>Fx. Músculo de um (C)</u>		
Diagnóstico Secundário01.:	_____		
Diagnóstico Secundário02.:	_____		
Medicamento.....:	<u>Ante Rotina de um (C)</u>		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		
<u>Regiane A</u>	<u>Dr. Joo</u> Médico e CRM Ortopedia e Traumatologia PE 20.446		

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 _____

Regiane A
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 518593

Dt Atendimento: 23/02/2020 - 19:34

Dt Alta: 28/02/2020 - 16:53

Paciente: 134572 JONAS CORDEIRO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

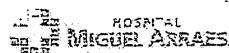
Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonas Condito de Silva Registro: 134872
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Diagnóstico	Condicionamento	Observações
16/03/2020	II. SOT II Pt com história de Atrofia de Lúmen (Esq.) Retorno com desequilíbrio claudicante, com guisa de desequilíbrio leve. F.O. se sinais "flacidez" em sacrocaudal praxista. Cond: ① Retorno para ② Solicito Fisioterapia ③ Solicito Rx de Bacia e Coxas ④ Retorno em 4 Semanas. ⑤ Fomego laudo.		André Carlos de Almeida Medico - ROR 10 CNPJ 28418



LEITO:



25/02/2020
08:20h

#507#

HB: Fratura diafísica de fêmur E
PO: Tração transilíbril em MIE

Paciente estável, sem queixas.

EGB, afébril, consciente, orientado, eupneico.

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico.

Dr. Igor Alencar
CRM-PE 23590

26/02/2020

8:40h

#507#

HD: A mesma

PO: A mesma

Paciente estável, sem novas queixas

EGB, LOTE, afébril, eupneico. Boa perfusão distal

CD: Aguarda novo procedimento cirúrgico

- Sobretudo exames laboratoriais

27/02/2020

11:00h

#507#

Hd, PO (27/02/20) RFFI

retrograda de fêmur (E)

Acute subcutânea a proeminência

curva com dor, sem
interferência

A.S.

28/02/20

09:11

#507#

- Paciente estável, orientado, afébril, eupneico
sem queixas. FO sem alteração

(C)

- Analgesia

- Orientação

- Antitrombotico profilático

Dr. Igor Alencar
CRM-PE 23590



SINISTRO 3200201164 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JONAS CORDEIRO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JONAS CORDEIRO DA SILVA
CPF/CNPJ: 04643132442

Posição em 15-06-2020 09:02:13

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
16/06/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

