

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HOSANA CANDIDO DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, portador da Cédula de Identidade com RG nº 3.154.683, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 365.464.688-32, residente e domiciliado na Rua do Frio, nº 96, Jardim Paulista, Navarro, Paulista/PE, CEP: 53.400-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 19 de agosto de 2020.

Hosana Cândido da Silva
Outorgante



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, HOSANA CANDIDO DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, portador da Cédula de Identidade com RG nº 3.154.683, expedida pela SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 365.464.688-32, residente e domiciliado na Rua do Frio, nº 96, Jardim Paulista, Navarro, Paulista/PE, CEP: 53.400-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

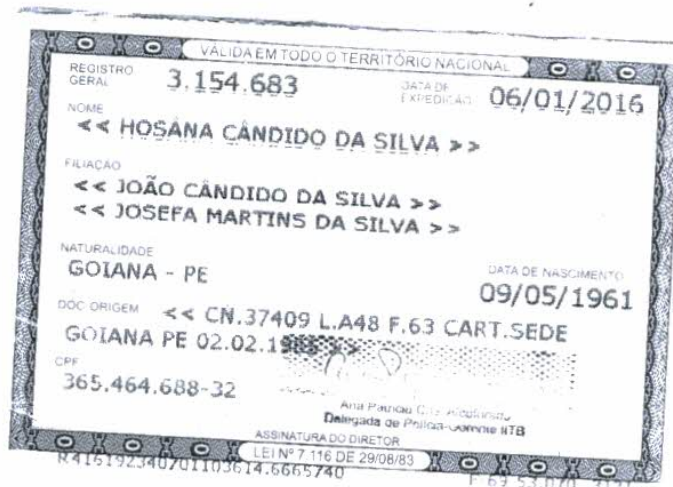
E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE: 12 de agosto de 2020

Hosana Candido da Silva

Assinatura





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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

HOSANA CANDIDO DA SILVA
CPF: 365.464.688-32 NIS: 16590067563

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DO FRIO 96
JARDIM PAULISTA/NAVARRO
53400-000 PAULISTA 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

03/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

46,66

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

27/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
27/08/2019NÚMERO DA NOTA FISCAL
075220008CONTA CONTRATO
001062760024Nº DO CLIENTE
2000612513Nº DA INSTALAÇÃO
0002373450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

FFB9.4E2D.283D.A929.740A.5E7C.FBB9.AAAB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32784015	22,94
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	11,00	0,49176022	5,40
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,13
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			10,28
TOTAL DA FATURA			46,66

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	36,38	0,74	0,26
					36,38
					3,42
					1,24

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reav	Valor
06/12/17	27/08/19	85,82
07/11/17	29/11/17	45,97

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

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	0,19328450
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31420200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130300

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
AGO 19	111	
JUL 19	121	
JUN 19	107	
MAI 19	112	
ABR 19	106	
MAR 19	102	
FEV 19	90	
JAN 19	113	
DEZ 18	111	
NOV 18	111	
OUT 18	103	
SET 18	87	
AGO 18	98	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	17,75	48,80
Transmissão	1,79	4,92
Distribuição (Celpe)	10,86	29,85
Encargos Setoriais	1,06	2,91
Tributos	1,50	4,12
Perdas de Energia	3,42	9,40
TOTAL	36,38	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSUMO kWh
00000000314232830	CAT	26/07/2019	6.050,00	27/08/2019	6.161,00	32	1,00000	0,00	11,00			

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 0,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 17,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! fany pet: rua dr luiz ignacio de andrade lima 1120 box janga / milenias
papalaria e variedades: avenida doutor claudio jose gueiros leite jangaLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 31,39.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001062760024	08/2019	46,66	03/09/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 466600110018 062760024103 169050124432



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ndimento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D-home-neologw-sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redifatura=t... 1



UPA 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 25/05/2019 18:44

Nome Paciente: HOSANA CANDIDO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/05/1961
Sexo: Feminino
Idade: 58
Senha: 0342
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/05/2019 18:53 - 25/05/2019 18:54

ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO SAMU PAULISTA, TRAUMA EM MIE, NEGA VOMITO + DESMAIO. VITIMA DE ATROPELAMENTO

Observação:

ALERGIA-
HAS+
DM+
HOSANA C

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- HGT: 190.00 MG/DL
- P.A. DIASTOLICA: 100.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/05/2019 18:54

Página 1 de

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 1471369

Senha da Classificação:

0342

Data e Hora: 25/05/2019 18:56

Paciente: 360990 HOSANA CANDIDO SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DO FRIO NOVO

96

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53405313

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 34375858

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores na região de movimento na 1 hora
Nela mesmo ou quando
Presença de dor na região (E) e Soltado (E)
Idade 58 anos

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Exame Físico

A - Vias nasais livres
B - Ausculta espontaneamente
C - Sem sinais de choque
D - Circulação
E - Ausculta com Soltado (E)

Hipótese Diagnóstico

Ex Metatarsos (E)
- Osteíte tibial (E)

Conduta Terapêutica

Faco encaminhado para a Mãe
- com Gesso Soltado (E) M (E) feito

Prescrição Médica

1
Daniel Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 24.031
1 - Analgésico 100mg + 150mg S/O, 100mg EV, 100mg
2 - Alprazolam 20mg, EV, 100mg
Daniel Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 24.031

FARMACIA ATEN

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1471369

IMOBILIZAÇÃO



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 5692915

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: _____
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: 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 VIZINA DE ATROPELAMENTO EM 1 HEM

Hipótese Diagnóstica: Ex. ACUTISMO
Ex. INESTABILIDADE

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 ()
Colocação 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





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 479244

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 25/05/2019 20:45

Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/05/1961 Idade: 58 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA

Nome do Pai: JOAO CANDIDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DO FRIO

96

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente refere que foi acometida por dor no tornozelo direito há 23 dias, dor na mão esquerda e no joelho direito há 10 dias.

Exame Físico

Inspeção: sem alterações. Toque: sem alterações. Ausculta: sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Fratura do punho direito e do tornozelo direito.

Prescrição Médica

- 1) DOR, 200mg - EV
- 2) DOR, 200mg - EV
- 3) DOR, 200mg - EV
- 4) R

Assinatura e Carimbo/Médico

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
HOSANA CANDIDO DA SILVA	21896			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
1	09/05/1961	Masculino ☒ Feminino ☒	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
JOSEFA MARTINS DA SILVA	3437585888			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
ROSEANE	34375858/88092762			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA DO FRIO, 96 - JARDIM PAULISTA	PAULISTA	261070	PE	53407040

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TE COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO APÓS ATROPELAMENTO HA 01 DIA. COM DOR E DEFORMIDADE DO JOELHO ESQUERDO

21 - Condições que justificam a internação
INSTABILIDADE DE JOELHO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA = FRATURA DE PLANALTO LATERAL

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	V093	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	0408050551		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	5	(X) CNS () CPF	204322973450007
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	26/05/2019	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente Traumato - Ortopedia Cir. da Coluna CRM 132167-1/PE	

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 Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador Da Francisco Costa Traumato - Ortopedia Cir. da Coluna CRM 132167-1/PE

AIH
261910218195-0

AIH
261910218196-0

Código do Laudo: 479244



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 479262

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: HOSANA CANDIDO DA SILVA	Prontuário: 21896
Idade: 58a 0m 17d	Sexo: F
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 09/05/1961
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 3154683	C.P.F.: 36546468832
Endereço: RUA DO FRIO	Telefone: 34375858/88092762
	CEP: 53407040
	PAULISTA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 26/05/2019 01:07
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERMELHO - EXTRA 009

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 14 06 19
Endereço:	Numero:	Estado civil:
Telefone:	Cidade:	Estado:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 04/06/19	Hora da Alta: 09 : 00h
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: melhorado	
Diagnóstico Principal.....: Fratura de fêmur direito fechado	
Diagnóstico Secundário01.: -	
Diagnóstico Secundário02.: -	
Observação.....: 26/05 - Fratura fêmur direita fechada de 12cm	
03/06 - Ref: exame de fêmur direito RAF: com placa 1/3 de comprimento 3,5 mm x 140 mm	Dr. Thiago Mendonça Ferreira Médico CRM-PE 24.728
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 _____ de _____ de _____

X Roseane Candido da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

Página.: 0001

Data.: 26/05/2019

Hora.: 02:36

Aviso de Cirurgia : 56882

Paciente : 21896

Convênio Atend. : 2

Leito : 757

Dt. Início : 26/05/2019 01:30

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório : S821

Sala : 0004 SALA 04

HOSANA CANDIDO DA SILVA

SUS - EXTERNO / URGENCIA

VERMELHO EXTRA 22

Dt. Fim : 26/05/2019 02:30

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 479244

Carteira :

Idade : 58 Anos

Procedimento:

Procedimento não Informado (PRINCIPAL)

Convênio: 002

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Anestesia:

CIRURGIAO
ANESTESISTA14501 IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO
OPERADOR: DR IVAN GUEDES
1º AUXILIAR: DR SAMUEL MOURA
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: MAYENA TENORIO
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM PLATO TIBIAL E APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
6. CURATIVO
7. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

FATURADO
14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DR(A) : IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA
CRM : 14501

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 57036
Paciente : 21896

Convênio Atend. : 1

Leito : 58

Dt. Início : 03/06/2019 09:20

Sala : 0002

SALA 02

HOSANA CANDIDO DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-508-LEITO 002

Dt. Fim : 03/06/2019 11:25

Atendimento : 479262

Carteira :

Idade : 58 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIO
ANESTESISTA

13246 FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA DO PLATO TIBIAL LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
CIRURGIA : RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI DE PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM (BELT) + PARAFUSOS

CIRURGIÃO : DR FRANCISCO DO COUTO

01 AUXILIO : DR CLAUDIO COSTA

02 AUXILIO : DRA IANELE BRAGA

03 AUXILIO : DR MANOEL OLIVEIRA

ANESTESISTA : DRA SILVIA VILELA

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

DESCRIÇÃO CIRURGICA :

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MIE

3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE

4. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

5. INCISÃO EM FACE ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO

6. DILATÇÃO POR PLANOS ANATOMICOS

7. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TERÇO DE CANO 3.5 MM + 04 PARAFUSOS CORTICAIS

DA CAIXA ACETABULAR

8. CONFERIDO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

9. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0.9%

10. SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL E NYLON

11. CURATIVO ESTERIL

12. OBSERVO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MIE

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
14/06/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

DR(A) : FRANCISCO RAFAEL DO COUTO SOARES
CRM : 13246

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 479262

Dt Atendimento: 26/05/2019 - 01:07

Dt Alta: 04/06/2019 - 14:51

Paciente: 21896 HOSANA CANDIDO 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: ELISABETECS

CID:

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

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: HOSANA CANDIDO DA SILVA
IDADE: 58 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 25/05/19

REG: 21896

DATA DA ALTA: 4/6/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 26/05/19 – FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO
- 03/06/19 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 1/3 DE CANO + PARAFUSOS

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS; - PRIORIZAR : AMBULATÓRIO DA SEGUNDA-FEIRA (DR. FRANCISCO DO COUTO)
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- DOBRAR O JOELHO ESQUERDO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Dr. Thiago Mendonça Ferreira
Médico
CRM-PE 24.728

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118006130**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/06/2019** às
09:41

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **25/5/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1 -**
Bairro: **JARDIM PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO A UPA DE JARDIM PAULISTA.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
HOSANA CANDIDO DA SILVA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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)

HOSANA CANDIDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA MARTINS DA SILVA Pai: JOAO CANDIDO DA SILVA Data de Nascimento: 9/5/1961
Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3184683/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: **- 81983514844**

Endereço Residencial: **ESTRADA DO FRIO, 96 - CEP: 55060-000 - Bairro: AURORA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:**Não**Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A ESTRADA DO FRIO, NO BAIRRO DE JARDIM PAULISTA, FOI ATROPELADA VIOLENTAMENTE PELO VEÍCULO ATÉ O MOMENTO NÃO IDENTIFICADO. O QUAL APÓS O ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO. SENDO SOCORRIDA PARA A UPA DE OLINDA, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI REMOVIDA PARA HOSPITAL MIGUEL ARRAES FICANDO INTERNADA POR 11(ONZE) DIAS. PELO FATO EXPOSTO PESE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP. DE PAULISTA.

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

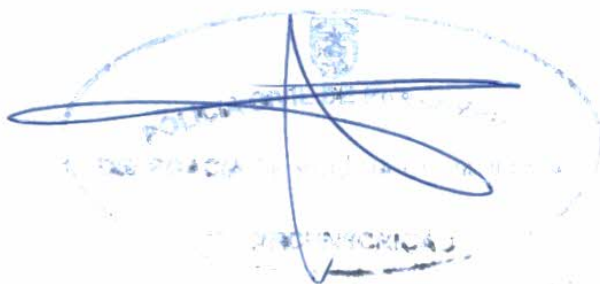
Hosana Cândido da Silva
HOSANA CANDIDO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **381005-0**

EXCELSIOR SEGUROS

11 SET. 2019

SEGURO DPVAT



19/06/2019 09:33





Buscar no site

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages: A A O
 /Fresabilidade.aspx)
 (/Pages
 /Atalhos-de-
 Testes.aspx)
 C/TESTES/TESTE DE INIZACAO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
- Documentos Invalidiz Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidiz-Permanente.aspx)
- Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Exas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Idenizao.aspx)

PAGE SEGUIRO

Como Pagar (/Pages/
Silba-como-
pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages/
Consulta-
a-Pagamentos-
Efetuados.aspx)

A. J. J. M. P. J. O.

Clique aqui para saber
sobre o andamento do
seu pedido de
indenização: [/Pages/Acompanhar-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#)

Notes Continued

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma comissão de análise. A documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para a entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190528144 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HOSANA CANDIDO DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
BENEFICIÁRIO HOSANA CANDIDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 36546468832

Posição em 20-08-2020 09:45:54

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XX.X)

Valor da indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/11/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data de Carta	Referência	Ver Carta
21/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	https://s04d8p4e1.stgusado.alider.com.br/8443/apf/file/download/WD_h34h1v9i.mr4nQ04g=41e41z9he7T7Z3vXS85h8mG4vW4Wylus7vD9rhnd1Gc3pRw1T1KAPPLKm/s3mz0wW_dofyeqJ5NcK?3u8gPUMC4wA=oa4h2Cant_Fj0mCucK2a8k6p4b67y9m7ocSowT7Ap_key7z2deQc3f
31/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DEVIDO	https://s04d8p4e1.stgusado.alider.com.br/8443/apf/file/download/LVU03WQ0tzbv0y9FLBkAw=41U174XQ04d8Bwus+4Fz4kqfVMX0d2zg8wWbW5Of9yqjcu7NnyG3v9u5vdm61k5=ikdp_YB2ZbD179U3v1F8R85436k04u3C6kU6L0w=2wep5D5m02d4wpsD86y7Q0a2L2v0m0n=Oq3K87f0g
17/10/2019	NOVA PAGAMENTO	https://s04d8p4e1.stgusado.alider.com.br/8443/apf/file/download/2CPS0175p6kV3K6h8A=4FV0J3v04y5TnDy1D1mwhV9yZP3RagVwU01z2DwqyGfGvImz2bP7Vt50pWjW_Q0JESJ64A4545u43Zw0r=2d5BBNVC5Auxu0NTN3Y8YG4KcHRLRgPKpK48lA054F6nmK4_Q2QF0dQCYfc9p
25/09/2019	INTERLUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	https://s04d8p4e1.stgusado.alider.com.br/8443/apf/file/download/1HBRBJ2CXQ0yG06e47h3E1HxJ4d84qW_AWJL5J5W=7HxJ4d84qW_BM9B977FmYmK03TruZu8m_Gu0dn0zGt3P4n6ZGz8hUQ0A5n3_QUMQfG039Zobw



(<https://documentospendientes.seguradccalider.com/b/0>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app>



13751780927=pt&is=1&r.t=8)

Google Play (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoraluer.dpvat.plataformadigital)

(http://www.seguradoradepagamentos.com.br)
/Processo-de-Indenizacao.aspx
/ConsultarPagamentos.aspx
/Consulta-a-Pagamentos.aspx

- » Efeituados.aspx)
- » Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- » Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)

• A Seguradora Lidera
DPVAT (/Pages/Quem

- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro

- Chat - Atendimento On-line (/Contato)
- /Chat : c-Atendimento

- **Dúvidas, Reclamações e Sugestões** (/Contato/Dúvidas-Reclamações-e-Sugestões)
- **Telefones de Contato** (/Contato/telefones-de-contato)
- **Ouvintes** (/Contato/Ouvintes)
- **Canal de Denúncias** (/Contato/canal-de-denuncias)

Chen



[Como pedir indenização \(Seguro DPVAT/Como Pedir indenização\)](#)
[DPVAT \(Seguro DPVAT/Dicionário do Seguro DPVAT\)](#)
[Mapa do Site \(Mapa do Site\)](#)

[Perguntas Frequentes \(Seguro DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

[Princípio do consumidor](#)

<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>

[Termos de uso e política de privacidade \(Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Chat

