

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EMANUELE GRACIANO DOS SANTOS
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 073.378.719-22 e portador da cédula de identidade
nº 7.175.329, residente e domiciliado(a) na
RUA - 74 DE MAIO
nº 1924, bairro de Santo Antonio
CEP 55500-000 na cidade de
ESADA PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, ambas com escritório profissional à Rua
Helena de Lemos, nº 331, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE.
CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com. onde recebe intimações e/ou
notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes
poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "Ad Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º
e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas
as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações,
renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar
compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam,
mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas,
inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos
em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer
em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de
poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara,
sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei
nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além do presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 12 de JULHO de 2018

Emmanuelle graciano dos Santos
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu EMANUELE GRACIANO DOS SANTOS

RG 7.175.324 CPF 073.378.74-22

Residente na RUA 24 DE MARÇO, Bairro STO ANTONIO

Cidade ESCALVA Estado de PERNAMBUCO

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 18 de JULHO de 2018.

emanuelle graciano dos santos

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, EMANUELE GRACIANO DOS SANTOS,

brasileiro(a), estado civil SOLTEIRA,
profissão CONSULTOR FINANC inscrito no CPF/ME sob o
nº 073.378.714-22 e portador da cédula de
identidade nº 7.175.324, residente e
domiciliado(a) RUA 24 DE MAIO
nº 199 A, bairro SANTO ANTONIO,
CEP 55500-000 na cidade de
ESCARA / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 18 de JULHO de 2018.

NOME: Emmanuel Graciano dos Santos



REGISTRO GERAL 7.175.324 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/02/2017
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME << EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS >>
 FILIAÇÃO << MANOEL ANTONIO DOS SANTOS >>
 << MARIA JOSÉ CANUTO GRACIANO >>

NATURALIDADE ESCADA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/12/1989
 DOC ORIGEM << CN 27309 LAZAR FILSAV CART. >>
 ESCADA-PE 15.02.1990 >>
 CPF 073.978.714-22

ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/09/83
 F-76 4.164 - 4423
 151793681802081842 7299980

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIH

POLEGAR DIREITO

EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS
 ASS. JUR. DOS TITULARES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA
 POUPANÇA

603689 0010 62994 1816
 EMANOELLE GRACIANO SANTOS
 10/24
 3015 013 000073 40-0

MasterCard
 débito





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
 NOTA FISCAL FATURA - FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005343-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 EMANUELE GRALIANO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA 24 DE MAIO 192 - A

CPF 073 378 714-22

STO ANTONIO/ESCADA
 ESCADA PE
 55500-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

CONTA CONTRATO MÊS/ANO
 7025795347 09/2017

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
 20/09/2017 13/10/2017

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO
 001368974 ÚNICA 13/09/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 63,95

APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA INSTALAÇÃO
 13/09/2017 2015872083 8448146

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	84,00000000	0,67315022	56,54
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,00
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,98
Contribuição Iluminação Pública			2,70
Multa por atraso - NF 001327915 - 14/08/17			1,26
Juros por atraso - NF 001327915 - 14/08/17			0,44
Atualização IGPM - NF 001327915 - 14/08/17			0,03
TOTAL DA FATURA			63,95

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
317033444	CAF	14/08/2017	102,00	13/09/2017	186,00	30	1,00000		84,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh	Gráfico	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	Valor
SET 17 64		ICMS	25,00	14,86	ICMS	14,86
AGO 17 92		PIS	0,64	0,36	PIS	0,36
Jul 17 30		COFINS	3,00	1,76	COFINS	1,76
JUN 17						
MAI 17						
ABR 17						
MAR 17						
FEV 17						
JAN 17						
DEZ 16						
NOV 16						
OUT 16						
SET 16						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há redução na contagem individual ou do nível de tensão de funcionamento. Pago em atraso ge a taxa 2% (Resolução ANEEL), Juros (1% a.m.c. a 10.438/02) e atualização monetária no pró. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fatura para os pontos de atendimento comercial.

Microinformações de 2016 e anos anteriores: Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos setores de saneamento (ART 197 - Lei 12.007/09). Esta declaração não obriga o cliente de saneamento a fornecer as devidas informações em documento judicial que possa ser considerado aplicável ao processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONDIÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
ESCADA	Jul 2017	1,35	6,03	12,06	220	202	231
DIC		1,35	6,03	12,06			
FIC		1,00	3,62	6,85			
OMIC		1,35	3,54	0,00			

Conta Contrato Mês/Ano DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
 7025795347 09/2017 20/09/2017 63,95

8387000000-1 63950011007-0 025795347 10-9 09098525663-5





Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURADORA LÍDER** (1)
 A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** **PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento)** **CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS** **SALA DE IMPRENSA** **TRABALHE CONOSCO** **CONTATO**

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180010724 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 07337871422

Posição em 18-07-2018 13:58:11

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indi

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/06/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/07/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/o41Pouvcdcs03LNtvclB5w==api_key=kBgtVzHSVBgElJzShqvPT4niaHr12HP__v+iGYxWT3mY=
19/06/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/s3MH4wQrMV0je+wQc2bapi_key=kBgtVzHSVBgElJzShqvPT4niaHr12HP__v+iGYxWT3mY=
01/05/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RPaNUc4S+DLua__DtnU5api_key=kBgtVzHSVBgElJzShqvPT4niaHr12HP__v+iGYxWT3mY=
06/04/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cqHZ__fxGDC7rWTLz0uviapi_key=kBgtVzHSVBgElJzShqvPT4niaHr12HP__v+iGYxWT3mY=





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: ROMAGUERA/1371795		DATA/HORA: 26/09/2017 18:00
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE		
BR: 101	KM: 103.2	SENTIDO: Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Plena Noite	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Garoa/Chuvisco	CONDIÇÃO DE PISTA: Molhada
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	ESTRUTURA VIÁRIA: Reta
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim		

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

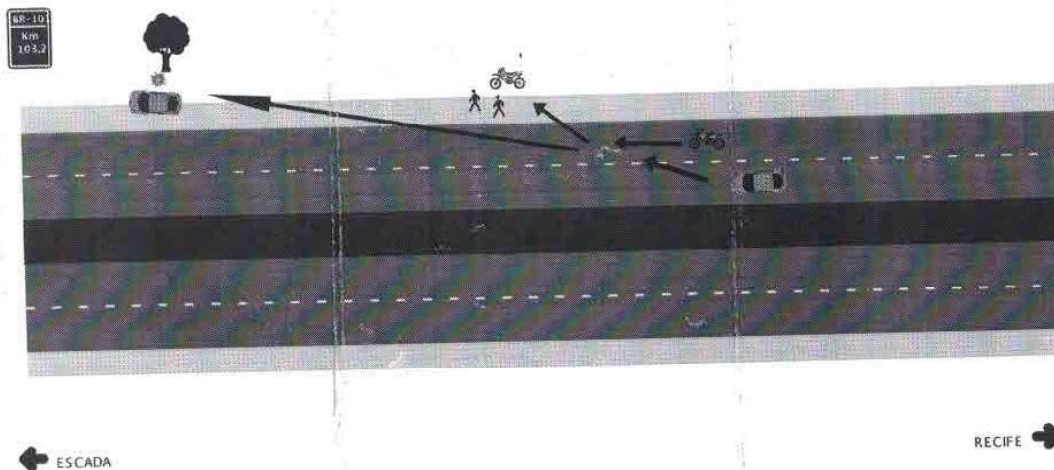
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V2 V1
2	Saída de leito carroçável	V1
3	Colisão com objeto estático	V1
4	Queda de ocupante de veículo	V2

Croqui



Narrativa

CONFORME LEVANTAMENTO REALIZADO NO LOCAL CONSTATA-SE QUE O V1 MUDOU DE FAIXA E COLIDIU NO V2, FAZENDO AMBOS OS CONDUTORES PERDEREM O CONTROLE DOS VEÍCULOS, SENDO QUE O V1 SAIU DA PISTA E COLIDIU EM UMA ÁRVORE, ENQUANTO O V2 TOMBOU E SEUS OCUPANTES FORAM AO SOLO.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NML6217	MARCA/MODELO: PEUGEOT/207PASSION XR S	ANO FABRICAÇÃO: 2011
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 9362NKFWXCB015913	RENAVAM: 00341674702	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: HUGO FRANKLIN LIMA DE OLIVEIRA		CPF/CNPJ: 047.600.444-69	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: RUA AILTON TORRES			NÚMERO: 66
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF: MACEIO/AL			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRICULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: PEF3801	MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300	ANO FABRICAÇÃO: 2011
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2ND0920CR000271	RENAVAM: 00450730808	PAIS: BRASIL	
ESPÉCIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: FELIPE LUCAS DE OLIVEIRA		CPF/CNPJ: 094.168.484-92	
Dados de Endereço			
LOGRADUÁRIO: RUA VINTE E QUATRO DE MAIO			NÚMERO: 192
COMPLEMENTO: STO ANTONIO		BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF: ESCADA/PE			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NML6217 / PEUGEOT/207PASSION XR S		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: HUGO FRANKLIN LIMA DE OLIVEIRA	CPF: 047.600.444-69	DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1983
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA LIMA DE OLIVEIRA	

Dados de Endereço

LOGRADUORO: RUA RODRIGUES FERREIRA	NUMERO: 0000000045
COMPLEMENTO: APT 1608 BL G	BAIRRO: VARZEA
MUNICIPIO/UF: RECIFE/PE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: B
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 02322055734	UF: PE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 02/05/2002	VALIDADE DA CNH: 27/06/2022	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: equipamento não funciona - sem sintomas		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / PEF3801 / HONDA/XRE 300		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: FELIPE LUCAS DE OLIVEIRA	CPF: 094.168.484-92	DATA DE NASCIMENTO: 05/05/1991
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: ANDREIA PAULA DE OLIVEIRA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA ALAGOINHA	NUMERO: 0000000395
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: ARTUR LUNDGREN L
MUNICÍPIO/UF: PAULISTA/PE	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04869197505	UF: PE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 26/01/2010	VALIDADE DA CNH: 15/11/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: condutor socorrido		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / PEF3801 / HONDA/XRE 300		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS	CPF: 073.378.714-22	DATA DE NASCIMENTO: 08/12/1989
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA JOSE CANUTO GRACIANO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: OTR RUA 11	NÚMERO: 334	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CAJUEIRO SECO	
MUNICÍPIO/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES/PE		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NML6217 / PEUGEOT/207PASSION XR S

NÚMERO DO BAT:

17075099B01

NOME/MATRICULA DO AGENTE:

ROMAGUERA/1371795

DATA/HORA:

26/09/2017 18:00

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		
20	Assoalho central direito	X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

4

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRICULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

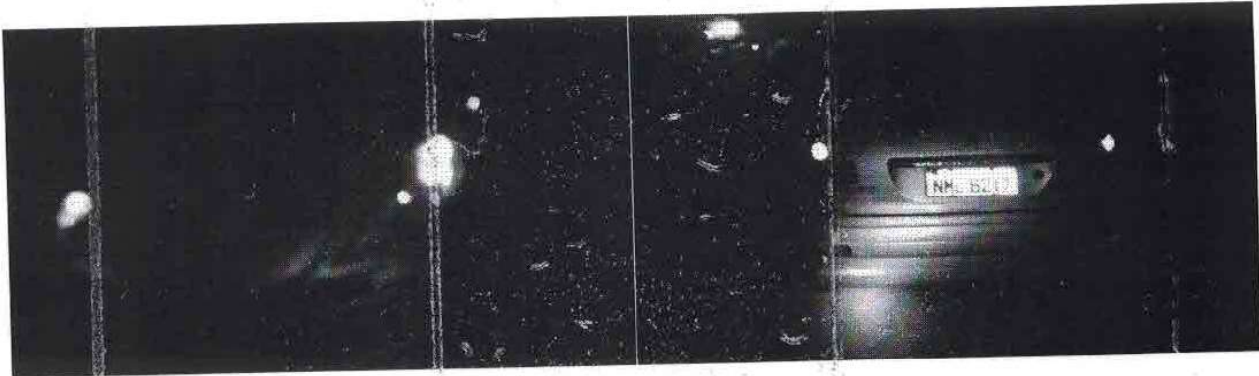
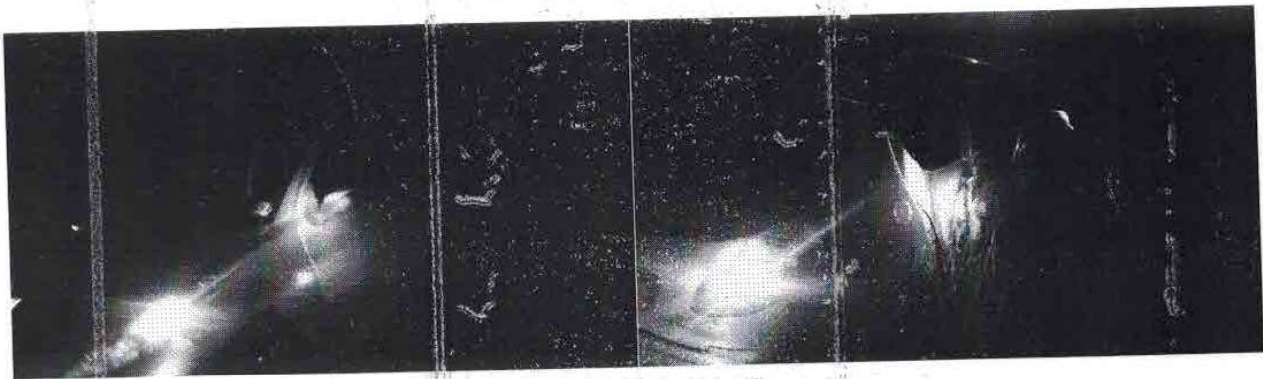


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / PEF3801 / HONDA/XRE 300

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

ROMAGUERA/1371795

NÚMERO DO BAT:

17075099B01

DATA/HORA:

26/09/2017 18:00

Item	Descrição do Item	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	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF ROMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 11





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17075099B01

STATUS:
Encerrado

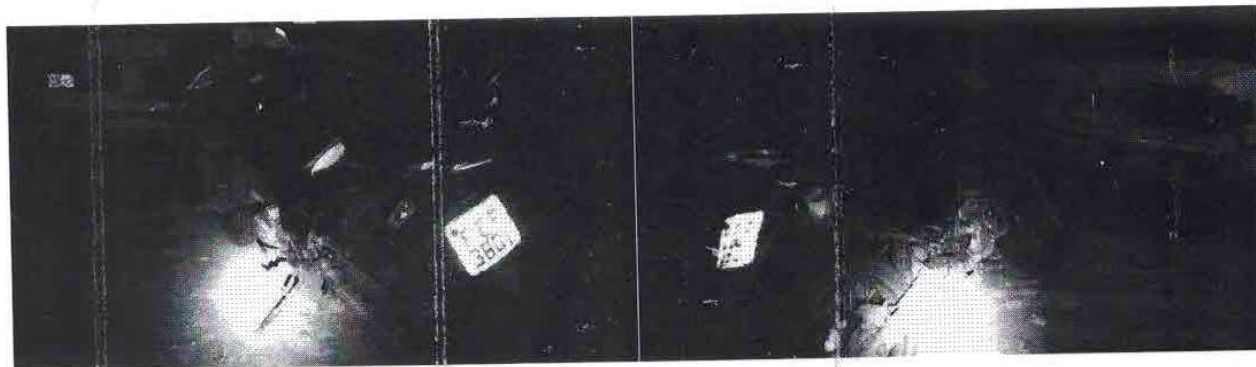
IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF RÔMAGUERA, MATRÍCULA 1371795

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 30/09/2017 09:23

NÚMERO DE CONTROLE: 7CACDE7FF0BE99E7F93FF6276FC8BA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 11 de 11





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA



ADMISSÃO
DATA: 27/9/17 HORA: 18:00

IDENTIFICAÇÃO: Emmanuel Santos Azeite HISTÓRICO

Nome: Suzana Conceição Registro: _____ Clínica: _____
Enfermaria: _____ Leito: 404-4 Diagnóstico: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

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
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

Febril () Febril T. AXILAR: _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes FC _____ L.
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () 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: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Emasalle Graças de Souto Registro: _____ Nº Atendimento: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
 Clínica: 01T Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Doença no

História da Doença: Doença de origem desconhecida, com início em 2017, caracterizada por

Interrogatório Sintomatológica: Doença, Sifilose



Atendimento: 35072
Data e Hora: 26/09/2017 19:59

Senha da Classificação: 0045

Paciente: 98193 EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 08/12/1989 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA JOSE CANUTO GRACIANO Nome do Pai: MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA 24 DE MAIO -- 192 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ESCADA PE Usuário Atendimento: JAIDETTENS
RG (Identidade): 7175324 SDS PE Data de Emissão: 03/01/2003
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 88669972
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

35072

HDI - Hospitalar...
Rajuel Pa...
Faturam...
2017

DM(-) (HAS(-) ...

RESUMO DE TRATAMENTO

u: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal
Já existe um ardores na cabeça e em
cabeça e olhos, joelhos, tornozelos - C. Vermelha
e - 2 h.

Exame Físico
Nos, difusa
Glóbulos = 15

Tipóia MJ MSE
Local: ...
Data: 27/09/17 01:30h
Paciente

Obs: foi feita tipóia MJ
segundo orientações de Dr. Antônio

Diagnóstico
Dermatite exantemática pruriginosa - C

Conduta Terapêutica
Benz - x antihistamínico, joelhos, tornozelos
Açúcar, benz

Prescrição Médica
Cefalotina 2g + AS h 01:30
- ... - 1g + AS h - 01:30
Obs: fazer os exames para joelhos, cabeça -
Axila, erupções cutâneas

Dr. Antônio Luis Silva
Oncologia - Hematologia
CRM: 17726
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

Proibido...
Tipo M-J





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 396493
Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 26/09/2017 20:16
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS Prontuário: 98193
Nome da Mãe: MARIA JOSE CANUTO GRACIANO Nome do Pai: MANOEL ANTONIO DOS SANTOS
Data do Nascimento: 08/12/1989 Idade: 27 anos Sexo: FEMININO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 7175324 SDS PE Data Emissão: 03/01/2003
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: ESCADA Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: Ocupação Habitual: DO LAR
Endereço: RUA 24 DE MAIO 192 CENTRO Fone: 88669972
Cidade: ESCADA PE CEP: 55500000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 11

Imagem de assinatura e data: 03 OUT. 2017

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 26/09/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: melhorado
Diagnóstico: fratura de umos humeral e
Procedimento: artroscopia com placa U3 e parafusos 2.0x10mm
Alta em: 30/09/17 17:00
Médico e C.R.M.: Graciano dos Santos CRM PE 25.608
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

Assinatura: wau
Data: 06/10/17



Anotações do Técnico em Enfermagem	
Nome: <u>Emannelle Gouveia</u>	Registro: <u>98.1013</u>
Clínica: <u>Imo</u>	Enfermaria: <u>604</u> Leito: <u>09</u>
Diagnóstico: _____	Data: <u>29-09-17</u>
Plantão Noturno	
Estado Geral: <u>Regular</u>	
Dieta: VO <input checked="" type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Dieta zero <input type="checkbox"/>	
Padrão respiratório: espontâneo <input checked="" type="checkbox"/> AVM <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Cat. 02 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/>	
Acesso Venoso: Periférico <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ Data da troca: _____	
Drenos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
Diurese: Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Evacuação: Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	
Observações: <u>paciente melhora com seta as 22:00</u> <u>monitore do fluxo.</u>	
Alta: Transferência <input type="checkbox"/> Local _____ Melhorada <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/>	
Técnico em enfermagem: <u>Alexsandro Silva</u>	

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
20															
21															
22															
23															
24		111	120/80		37,0										
01															
02															
03															
04															
05															
06		102	120/80		36,7										
07															
08															



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Emanuelle Graziara Registro: 98193
 Clínica: tb Enfermaria: 404 Leito: 4
 Diagnóstico: DM2 E Data: 29/09 Hora: 12:21

Plantão Noturno

1 - Queixas do paciente:

- Estado Geral/Nível de consciência: consciente
 2 Estado Geral/Nível de consciência: orientado

3 - Pele/mucosa: hidratada
 - Aparelho cardiovascular: FC: PA:

5 - Aparelho respiratório: ausculta FR: Oxigenoterapia:

6 - Aparelho gastrointestinal: ausculta 0/1 E-

7 - Aparelho Geniturinário: ausculta ⊕

8 - Exames laboratoriais

9 - Exames de imagem: Realizou TC de DM2 E

10 - Lesões/Curativos:

1 - Prescrição de Enfermagem: Ap SSV + presc de lit
princ

12 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora:
 Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Mayra de Melo Santos
 Enfermeira
 COREMPE: 440.565



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Emmanueli Grazianna Registro: 93493
Clínica: Ho Enfermaria: hou Leito: u
Diagnóstico: Úlcera E Data: 28/09 Hora: 14:20

Plantão Noturno

1 - Queixas do paciente:

Estado Geral/Nível de consciência: consciente
Estado Geral/Nível de consciência: orientado
Pele/mucosa: húmeda
- Aparelho cardiovascular: _____ FC: _____ PA: _____
5 - Aparelho respiratório: ausculta FR: _____ Oxigenoterapia: _____
6 - Aparelho gastrointestinal: ausculta LO/E-
7 - Aparelho Geniturinário: ausculta
8 - Exames laboratoriais
9 - Exames de imagem
10 - Lesões/Curativos:

1 - Prescrição de Enfermagem:

12 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Hora: _____

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Mayra de Melo Santos
Enfermeira
COREN/PE: 440.695



Evolução do Técnico em Enfermagem

Nome: Emanoella Registro: 98193
 Clínica: 906 Enfermária: 404 Leito: 04
 Diagnóstico: _____ Data: 29/09/17

Plantão ~~Noite~~ Diurno

Estado Geral: Requie
 Dieta: VO (/) SNE () GTT () Dieta zero ()
 Padrão respiratório: espontâneo (/) AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
 Acesso Venoso: Periférico (/) Central () Local: MSD Data da troca: 30/09/17
 Drenos: Sim () Não (/)
 Diurese: Espontânea (/) SVD () Outros: _____
 Evacuação: Presente () Ausente ()
 Observações: _____

Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem: _____

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18		75	190	80	19	361°C									
19															
20															





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 98193

Nome: EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS

Mãe: MARIA JOSE CANUTO GRACIANO

End.: RUA 24 DE MAIO

Enferm.: 404 - 04 - LT CMEDICA

Atendimento: 396493

Leito: 30

Dt. Cad: 26/9/2017

Dt. Nasc: 8/12/1989

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
 - Não
 - Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

Não

Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h 30min**

- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim **cefazolina 2g**
- Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim **Rx**
- Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado **40. enun. fnat unuro (E)**

- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**

- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **N/A**

- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**

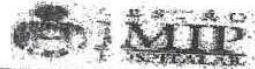
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Rafaela Henrique
Enfermeira
COREN-PE 345.127



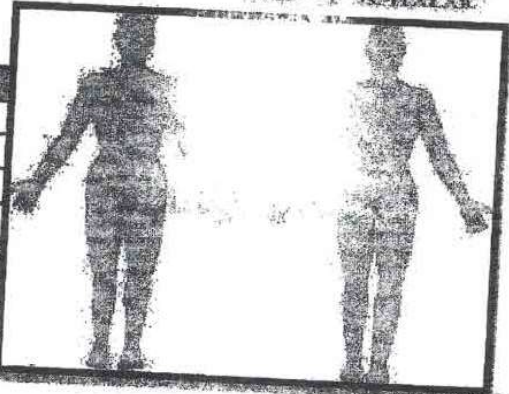


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



Data: 29 / 09 / 17

Hora: 06:00



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Emanelli Grationo

Data de Nascimento: / / Registro: 98393

Setor: TRO Leito: 404-04

ANAMNESE

PA: 100 kg T: 36,1 HGT: _____

Observação: _____

DOENÇAS PREVIAS

HIPERTENSO: SIM () NÃO () MEDICAÇÃO EM USO: _____

DIABÉTICO: SIM () NÃO () MEDICAÇÃO EM USO: _____

HÁBITOS:

TABAGISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

ETILISTA: SIM () NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM: RX () TAC c/ Contraste () USG () ECO ()

TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____

PARCELAR CARDIOLOGIA: SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____

RESERVA RENAL: SIM () NÃO () GRUPO SANGÜÍNEO: _____

RESERVA SANGÜÍNEA: SIM () NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

USO DE SONDAS

SNE () SNG ()

SVD ()

Outra: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO

SIM () QUAL: _____

NÃO () OBSERVAÇÃO: _____

ANTIEPILÉPTICO

SIM () QUAL: _____

NÃO () OBSERVAÇÃO: _____

ANTICOAGULANTE

SIM () QUAL: _____

NÃO () HORARIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____

Local: _____

SINAIS VITAIS DO PACIENTE

JEIUM: SIM () NÃO () À partir do dia: / / às : Observação: _____

HIGIENIZAÇÃO: SIM () NÃO () Observação: _____

TRICHOLOMIA: SIM () NÃO () Observação: _____

RETIRADA DE UNHAS: SIM () NÃO () _____

CIRURGIAS ANTERIORES: SIM () Quais/Datas: _____ SIM () NÃO ()

ALGUMA CIRURGIA: SIM () Quais/Datas: _____

USO DE PRÓTESE: NÃO ()

PROTEÇÃO DE: SIM () Observação: _____

IDENTIFICAÇÃO: NÃO () _____ SIM () Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____
(Assinar e Carimbar)



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

9910911
98193

ACIDENTE:	Emanuelle Graziano dos Santos		
QUIRURGIÃO:	Dr. Julio Assau	AUXILIAR:	Dr. Carlos
ANESTESISTA:	Dra. Camilla	ANESTÉSIA:	Propofol + Sedação
QUIRURGIA:	T: Cirurgia		
INSTRUMENTADOR:	Oziel	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Manuela
CIRCULANTE:	Márcia Lima	HORÁRIO INICIAL:	17:30
ENFERMEIRA:	Rakela	HORÁRIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
CREPE 19CM	CREPE 19CM	CREPE 20CM	CREPE 20CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 8,0			
NASAL	CEFRALINVC	EPIDURAL 16	SUBOLAVIA 16
PERIDURAL 17		JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20		JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ADAPTC	KERLIX	FURLON	TELA MARLEX
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
20CM	40CM	60CM	120CM
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUIVA 7,0	LUIVA 7,5	LUIVA 8,0	LUIVA 8,5
1ML		5ML	10ML
20ML		50ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.		COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET. ABERTC		CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIFI	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGIC	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS.PRESSÃO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CAPILAR
CROMADO 6	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 2-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 6	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 5-0
VICRYL 4-0	CERA POSSO	MARCAPASSO	VALVET
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	



1. Identificação

Nome: Emanueli Graziano dos Santos Data: 29/09/17 Registro: 98193
 Convênio: SUS Leito: 404-04 Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Julio Anais 1º auxiliar: Dr. Cláudio
 Anestesiista: Dra. Camila Instrumentador: Ozge
 Circulante: Maíra Lima

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- lapa - eopole - BSC MMSS - Kit anestésico	HDH GME black MSA 27.09.17 02 04.09.17 844	MOTOR BATERIA 13659 UNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 93635 PLASMA EST: 27/09/2017 VAL: 27/09/2018 002693509
- Punção de Foco - caneta Bisturi - Kit Nituro	HDH GME black MSA 27.09.17 02 04.10.17 843	CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616 WWW.FMRRAFESTER.COM.BR HDH GME black SFS 24.09.17 01 24.12.17 787
Rugina Gaiva - Morteo	HDH GME black TB 28.09.17 01 05.10.17 834	HDH GME black FRA 25.09.17 01 25.12.17 803
- ct 3,5 (crurus)	HDH GME black MSA 28.09.17 02 28.12.17 846	HDH GME black TB 23.09.17 02 28.12.17 851
	HDH GME black TB 28.09.17 02 28.12.17 85	HDH GME black PLO 26.09.17 01 26.12.17 815
	HDH GME black MSA 27.09.17 01 27.12.17 827	HDH GME black CAM 16.09.17 01 16.12.17.612
	HDH GME black MSA 27.09.17 01 04.10.17 825	HDH GME black FFS 27.09.17 01 27.12.17 828

SACO
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA
BLOCO CIRURGICO
LOTE: 192733
PLASMA
EST: 22/09/2017
VAL: 22/09/2018
002680981
CAMILA FIGUEIRÊDO COREN/PE 148616
WWW.FMRRAFESTER.COM.BR

121-134°C (250-273°F)
REFI 1950



**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

1. Identificação
 Nome: Emanuelle Graciano dos Santos, 27 anos Leito da SRPA: 03
 data: 21/05/14 Hora: 19:00 Registro: 98.193
 Leito de origem: 904-04

2. Procedimento cirúrgico
 Cirurgia: Trat. Fratura de tíbia e
 Tipo de anestesia: B.P.B. + geral Balneária
 Equipe: Dr. Julio Inaus Anestesista: Dr. Camile

3. Admissão
 Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave
 Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sonda: () NG () SNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: (X) Não () Sim Onde: _____
 Acesso Venoso Central: () Não (X) Sim Onde: jugular "D"
 Drenos: () Não () Sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 154 x 96 mmHg FR: _____ p/min FC: 92 p/min SaPO2: 99%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30h	2:00h	3:00h
PA	<u>154 x 95</u>	<u>154 x 99</u>	<u>160 x 94</u>	<u>154 x 89</u>	<u>153 x 87</u>	
FR						
FC	<u>85</u>	<u>84</u>	<u>87</u>	<u>89</u>	<u>92</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>98%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. S. _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____
 Destino: Infermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência
 Data: 29/9/14 Horário: 21:00 Responsável pelo encaminhamento: _____
 Alta da SRPA pelo médico: _____

Tereza A. Silva
 Médica
 CRM 8010
 RCP
 CRP 8010



PACIENTE Emanuelle Graciano dos Santos.

Paciente recebeu alta do tratamento fisioterapêutico após acidente de moto onde sofreu fratura de úmero proximal E.

Realizou alongamentos + mobilização; com auxílio de TENS + US para ação anti-inflamatória.

Dr. Cassilda Ornelas
FISIOTERAPEUTA
CRP 21489-P

DATA 22/12/2017

Médico - CRM

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000
1ª Trav. Com. José Pereira, s/n - Atalaia - Escada / PE



FICHA DE ANESTESIA

Data Acomodação

19.09.17

Paciente EMANUELE BRACIAMONDOS SANTOS
CRM ROSYS Nome do Anestesiista CAMILLA GRUNDO Nome do Cirurgião GUALS

Medicação Pré-anestésica Urgência Não Sim
Cirurgia tratamento cirúrgico fratura de úmero (E)

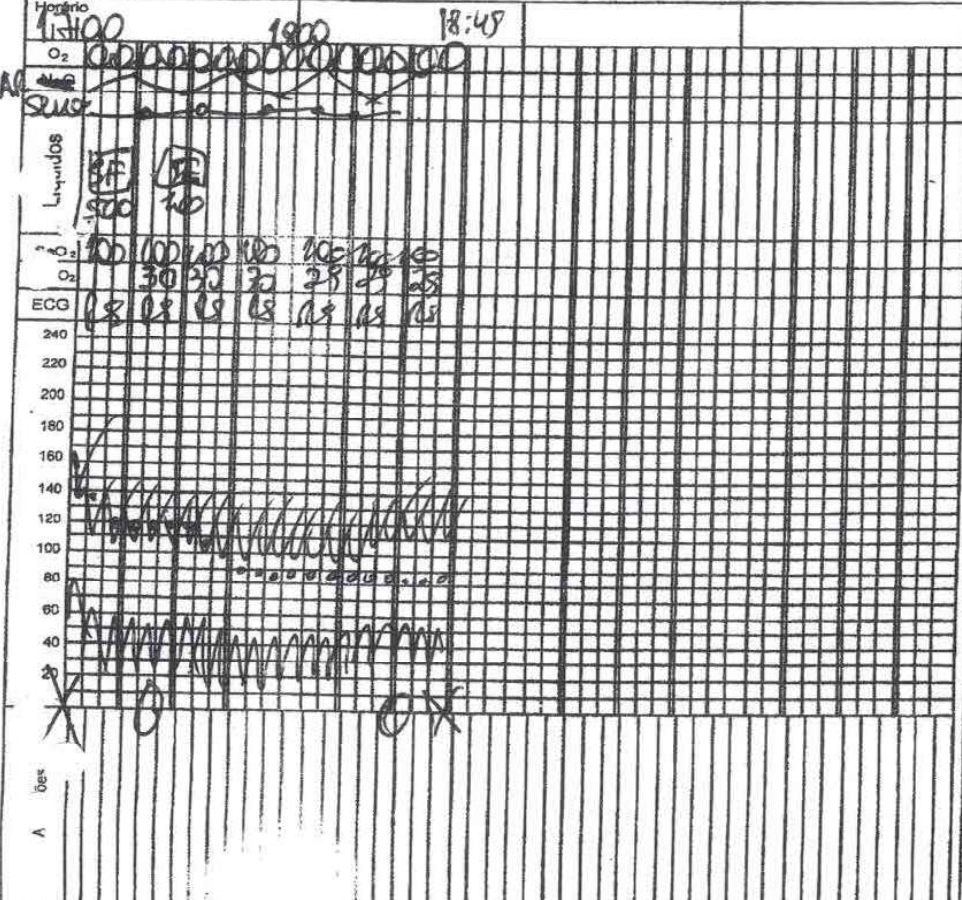


Table with columns: Drogas Usadas, Quantidade. Lists medications like Midazolam, Fentanyl, Propofol, Rocuronio, etc.

Técnica Anestésica
Anest. Geral Balanceada pré-oxigenação indução EV lenta, ventilação sob ME, IOT 4TOT n° 2, S/C cuff, capnografia OK.

- Monitorização
[X] Cardioscópio
[X] Oxímetro
[X] PNI
[X] Sonda Vesical
[X] Capnógrafo
[X] Estet. Pré-Cardial
[] Outros

- Encaminhado
[] Acordado
[X] Sonolento
[] Intubado
Destino
[X] SRPA
[] Apart./Enf.
[] UTI
[] Externo

Intercorrência: NÃO SIM Paciente sem condições de
Descrição: acesso periferico e jugular externa. Chamado
cirurgião do plantão pt funcionar acesso ven
Observações: se central. Punccionada VITD após
muito dificuldade com auxílio de USG por
Dra. Mariana, cir. geral. Solicito Rx de controle.

Assinatura do Anestesiista
Dra. Camilla Grundo
CRM PE - 20545



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33095 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 98193 EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS Atendimento : 396493
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 30 404 - 04 - LT CMEDICA Idade : 27 Anos
Dt. Início : 29/09/2017 17:37 Dt. Fim : 29/09/2017 18:37

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
ANESTESISTA 20545 CAMILA ARAUJO GALINDO CAMPELO DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM POSICAO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO
2. ASEPSIA DO CAMPO COM POVIDINE E COLOCAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. INCISÃO DELTO-PEITORAL DO OMBRO E
4. ABORDAGEM POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA
5. REDUÇÃO DA FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR E FIXADA COM PONTOS TRANSÓSSEOS COM FIO DE ETHIBOND 5
6. FIXACAO COM PLACA TERCO DE CANO ANGULADA EM 90 GRAUS E IMPACTADA NA CABEÇA UMERAL
7. REDUÇÃO COM A DIÁFISE E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CORTICAIS (3 PARAFUSOS) E 1 PARAFUSO ESPONJOSO E ROSCA PARCIAL
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA COM SF 0,9%
8. REALIZADO HEMOSTASIA
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSP - Hospital Metropolitan Cam.
Ana Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: 03 OUT. 2017

Julio Tadeu Arraes
CRM - 13722
Ortopedia Traumatologia

DR(A) : JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
CRM : 13722





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 2ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810350

Processo nº **0037119-31.2018.8.17.2001**

AUTOR: EMANOELLE GRACIANO DOS SANTOS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESPACHO

Diante da suspensão dos trabalhos da Seção de Mutirões desta Comarca, entendo conveniente a realização de Mutirão para realização de perícias e conciliações em processos que tratem do tema “*indenização securitária DPVAT*”, a realizar-se no dia 03 de abril de 2019, nesta Unidade Jurisdicional.

Sendo assim, designo audiência **a ser realizada nesta serventia** com o objetivo de apurar, através de perito oficial deste juízo, a lesão sofrida pelo demandante em virtude do alegado acidente de trânsito, em conformidade com a lei.

Intime-se o autor, por mandado (ou carta precatória), para que compareça a esta Vara no dia 03 de abril de 2019, quarta-feira, às **14h50min**, para se submeter a exame pericial, advertindo-o que **o não comparecimento sem justo motivo ensejará o julgamento de improcedência por falta de provas (art. 373, I do CPC/2015)**.

Por sua vez, **cite-se** a seguradora demandada para comparecer à referida audiência que, para todos os efeitos, valerá como audiência de conciliação ou de mediação, nos termos do art. 334 do CPC/2015, devendo ficar cientes as partes que o não comparecimento também gerará a aplicação de multa por ato

