



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO - DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0130002819

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/05/2018** às
15:08

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/4/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, RUA JORGE SALES, S/N - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO SUPERMERCADO TODO DIA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CACHORRO (AUTOR / AGENTE)
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

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

KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MICHELINE FERNANDA DA SILVA Pai: EDIMILSON JOSÉ TOMAZ Data de Nascimento: 1/3/1998 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7736384/SDS/PE (RG), 87195666451 (CPF), 86987196340 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares: - 988627000

Endereço Residencial: BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 36, RUA LUIZA FELIX DE BARROS - CEP: 54595050 - Bairro: - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armando Jorge Sales, n.º 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54.510-480 - Tel.: (81) 3521-6451
09/11/2018 15:34:46
Autenticação de Documento.
Confere com o original que me foi apresentado. Doc. fe.
Tab./Esc.: Custas R\$ 3,41
Olga Luiza Campelo de Oliveira TSMR R\$ 0,68
Selo Digital N.0074963.GBT10201801.00088 Total R\$ 4,09
Consulta autenticidade em www.tina.ine.br/colndinit1



....., de propriedade do(a) Sr(a): **KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** Unitário: **(REAL)**

2

08/05/2018 14:53

etim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PFX3672** (PERNAMBUCO/CABO DE SANTO AGOSTINHO)
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMOU QUE ESTAVA DE MOTO SAINDO DO HOSPITAL SAMARITANO DO CENTRO DO CABO EM DIREÇÃO A SUA RESIDENCIA QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA. O INFORMANTE TENTOU LIVRAR O ACIDENTE MAS NAO TEVE TEMPO E ACABOU COLIDINDO COM O ANIMAL. INFORMA AINDA QUE TEVE UMA FRATURA EXPOSTA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E SECREÇÃO NO JOELHO DIREITO.

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

KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ
(VITIMA)

Kleyton Edylon da Silva Tomaz

B.O. registrado por: **INGRID MEDIROS GAUDENCIO DE QUEIROZ** - Matrícula:
3273145

Ingrid Mediros G de Queiroz



2ª VIA
DESTINATÁRIO



Ipojuca, 03 de Maio de 2018

Origem: Coordenação do SAMU IPOJUCA

Destino: Kleyton Edylon da Silva Tomaz

Assunto: DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELA EQUIPE DO SAMU IPOJUCA.

Declaro para os devidos fins que **Kleyton Edylon da Silva Tomaz** nascido em 01/03/1998, **RG 7.736.304 SDS-PE**, foi atendido por nossa Unidade de Suporte Básica (USB), no dia 18/04/2018, por volta das 16h 20min na rua Jorge Sales s/n, Próximo ao Supermercado Todo Dia, Cabo de Santo Agostinho-PE, sob o protocolo **S-465613**(número da ocorrência para regulação do SAMU), vítima de **Acidente de Trânsito**, A equipe do SAMU IPOJUCA realizou os procedimentos necessários para estabilização do referido (cumprindo com todo o protocolo de atendimento ao trauma), em seguida removendo-o para o Hospital Dom Helder ,no município do Cabo de Santo Agostinho - PE.

Dulce L. C. de Almeida
Coordenação de Enfermagem
SAMU - Ipojuca
Coordenação
SAMU IPOJUCA

Rod. PE-38 Km 9 – Nossa Senhora do Ó, Ipojuca – PE.
FONE : (81) 3527 - 9347

Dulce L. C. de Almeida
Coordenação de Enfermagem
SAMU - Ipojuca
Mac 17302
03/05/18



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/04/2018 16:55

Nome Paciente: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ
Cód. Paciente: 104484
Data de Nascimento: 01/03/1998
Sexo: Masculino
Idade: 20
Senha: 0030
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 430940
SAME:



Período: 18/04/2018 17:20 - 18/04/2018 17:22

TACIANA MARIA FERREIRA - COREN: 011710 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA EM MSE NEGA
VOMITOS DESMAIOS, ESCORIAÇÕES, HAS-, DM- ALERGIAS-

Observação:

ENCAMINHADO PELO SAMU IPOJUCA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Acolhido(a) por: TACIANA MARIA FERREIRA - COREN: 011710 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/04/2018 17:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: IVINA LEITE DA FONSECA - 24/04/2019 09:33:48

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042409334795100000043519946>

Número do documento: 19042409334795100000043519946

Num. 44180800 - Pág. 1

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 430953

Data e Hora do Atendimento: 18/04/2018 17:09

Usuário do Atendimento: THAYANECCS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

Prontuário: 104484

Nome da Mãe: MICHELINE FERNANDA DA SILVA

Nome do Pai: EDIMILSON JOSE TOMAZ

Data do Nascimento: 01/03/1998

Idade: 20 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7736304

SDS PE Data Emissão:

CPF: 07195660451

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 704306588716790

Ocupação Habitual: MECANICO

Endereço: RUA LUIZA FELIX DE BARROS

36 CHARNEQUINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54505635

Fone: 87774964

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 1

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, 18/04/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *Melhora*

Diagnóstico: *Fratura dos ossos de antebraço e*

Procedimento: *placa e parafusos*

Alta em: 19/04/18 Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

D. Edmundo B. Oliveira
MÉDICO
CRM 21627

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
Mecânica
Assinatura
SANEAMENTO

HOSP - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/DAE
23/04/2018

COIN
Hospital Dom Helder Câmara
25/04/18



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

REG:

104484

IDADE: 20

ORTOPEDIA

DATA: 18/04/2018

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT VEM AO SERVIÇO COM DORES EM LESÃO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO (FRATURA EXPOSTA EM RÁDIO E ULNA) HÁ 01 DIA.

EXAME FÍSICO

DOR + EDEMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL. PELE ÍNTEGRA.

EXAMES DE IMAGEM

FRATURA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA

MEDICAÇÕES EM USO:

NEGA

HAS (-)DM (-) ALERGIA : NEGA

HD:FRATURA EXPOSTA EM RÁDIO E ULNA ESQUERDO

CONDUTA:

- INTERNAMENTO
- SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1 PE 20412



Departamento de Ortopedia E Traumatologia
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



Ficha de Cirurgia Descritiva

Ido de Cirurgia : 35910 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 104484 KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ Atendimento : 430953
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 634 LEITO 1 Idade : 20 Anos
Dt. Início : 18/04/2018 21:03 Dt. Fim : 18/04/2018 22:03
Pré-Operatório : S527 FRATURAS MULTIPLAS DO ANTEBRACO
Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ESCRITURA CIRÚRGICA

- . PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
- . ASEPSIA + ANTI-SEPSIA
- . APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- . DESBRIDAMENTO DE FERIDA
- . LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
- . INCISÃO SOBRE O FOCO DE FRATURA DA ULNA, ACESSO DIRETO
- . REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP COM 07 FUROS E 06 PARAFUSOS CORTICAIS
- . ACESSO DORSAL DE THOMPSON, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ACESSO AO FOCO DE FRATURA DO RÁDIO
- . REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA DCP 06 FUROS COM 06 PARAFUSOS
- . CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
- 1. NOVA LIMPEZA DE FO
- 2. SUTURA
- 3. CURATIVO
- 4. TALA ÁXILIO-PALMAROK
- 5. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedista
CRM 14.583

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

Antebraço AC/P

18/4/18

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 430940

Data e Hora: 18/04/2018 16:58

Senha da Classificação:

0030

Paciente: 104484 KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 01/03/1998 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MICHELINE FERNANDA DA SILVA Nome do Pai: EDIMILSON JOSE TOMAZ
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA LUIZA FELIX DE BARROS -- 36 Bairro: CHARNEQUINHA
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): 7736304 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07195660451 Fone: 87774964
Plano SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Doença crônica de colar de dor
na região cervical, dor no pescoço e
na região da cabeça.

Exame Físico

Exame físico normal. Sem sinais de
infecção, dor no pescoço e
na região da cabeça.

Suposição Diagnóstica

Doença crônica de colar de dor?
Transtorno de ansiedade?

Indicação Terapêutica

Medicamentos para dor e
ansiedade.

Prescrição Médica

Prescrição médica para dor e
ansiedade.

ATENDIDO

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 15659

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 104484

Atendimento: 430953

Dt.Cad: 18/04/2018

Nome: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

Dt. Nasc: 01/03/1998

Mãe: MICHELINE FERNANDA DA SILVA

Bairro: CHARNEQUINHA

End.: RUA LUIZA FELIX DE BARROS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm.: LEITO 1

Leito: 634

CNS: 704306588716790

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

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

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

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
☐ Sim

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
☒ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Frederico Recebido

Mariana de Almeida Pinheiro
ENFERMEIRA
COREN-PE 333.308



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

18/04/18

Paciente

KLEYTON EDYLLON DA SILVA TOMAR

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

Pc

20

I

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

160219 RAÍSSA CASADO

EDGLEY

Medicação Pré-anestésica

REG. 104484

Urgência

☒ NÃO☒ SIM

Cirurgia

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA
DE RADIO E ULNA.

Horário

2₂N₂O

Líquidos

SaO₂TCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanil

100µg

Midazolam

5mg

Propofol

100ml

40% CW PIV

Rupr. 0,257

80mg

CW PIV

Técnica Anestésica

Sedação +
Bloqueio de
Plexo Braquial
via intercostal
nao e areolar
com agulha
uso, romba,
milimetrada,
a uso de estí-
mulador de
nervo periferico

Monitorização

☒ Cardioscópio☒ Oxímetro☒ PNI☐ Sonda Vesical☐ Capnógrafo☐ Estet. Pré-Cordial☐ Outros☐ BIS☐ Temperatura☐ Swan-Ganz☐ Analisador Gases☐ PVC☐ Estimulador de Nervo☐ Linha Arterial☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart/Enf.☐ UTI☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiista

Dr. Raissa Casado
18/04/18



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Kelly Ann Edylen da Silva Ramal data: 18/04/18 Hora: 03:10 Registro: 104484
Leito de origem: _____

Leito da SRPA: 05

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TT Cirur Radio Distal Esquerdo
Tipo de anestesia: Bloq. plexo braquial
Equipe: Dr. Colley Anestesista: Dr.

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 122 x 70 mmHg FR: — p/min FC: 98 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>113x61</u>	<u>115x60</u>	<u>116x64</u>	<u>117x63</u>	<u>116x74</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>102</u>	<u>100</u>	<u>90</u>	
SaPO2	<u>98%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>98%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Rafaela
Anestesiologista
CRM/PE 15.414



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: KLEYTON EDELYN DA SILVA Data: 18/4/18 Registro: 104484
 Convênio: SUS Leito: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edgley 1º auxiliar: _____
 Anestesiista: Dr. Rayssa Instrumentador: Raíse
 Circulante: Wallys

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Roupa capote	HDH-CME-MAFS 17.04.18 01 STEAM 24.04.18 1884	
Baixo corto pedic	HDH-CME-MVG 16.04.18 01 STEAM 23.04.18 1882	
CX 315 Motor	MOTOR BROCA 001 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 237139 PLASMA EST: 17/04/2018 VAL: 17/04/2019 003247959 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.HDH-CME-TB	
	16.04.18 02 STEAM 18.04.18 01 22162 18.04.18 18177	
	18.04.18 02 STEAM 18.04.18 18177	



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Wesley Edilson da Silva Data: 18/4/18 Hora: 20:00 Registro: 104484
Convênio: 505 Leito: _____ Pele: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edgley Anestesista: Dr. Rangel
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Freire

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Tratamento de Duto Biliar Início: 20:30 Término: 21:30
Anestesia: Blq. Geral Balanço Início: 20:00 Término: 21:30

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: Naca

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal () Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Diprofusor ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () N° ()
Oxigênio () Início 20:00 Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: Garrote 20:30

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()
Punção Venosa: Sim () Não ()
Sonda Gástrica: Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Apt° () Residência ()

Data: 18/4/18 Hora: 20:30 Enfermeira: Mariana Circulante: Wesley

CÓD. 38607



PACIENTE:	Kleiton Edson da Silva Tomaz	DATA:	18/11/18
CIRURGIÃO:	Dr. Edgley	RG:	104484
ANESTESISTA:	Dr. Rafael	AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Pratema de Radio distal esquerda	ANESTESIA:	Bloq. pleco
ESTRUMENTADOR:	Rocel	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana
CIRCULANTE:	Deisy	COREN:	
ENFERMEIRA:	Marciana	HORÁRIO INICIAL:	20:00
		HORÁRIO FINAL:	21:30

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 3

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
RESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 3

DRENOS			
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
SONDAS			
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
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Heliton Edilson da Silva Registro nº _____
Idade: _____ Sexo: _____ Data da Admissão: ____/____/____ Data da Alta: 15/04/18

Diagnósticos Definidos: Fratura das costelas do antebraço

Conduta / Procedimentos Realizados: Placa e parafuso

Prescrição para o Domicílio: Manter imobilização

uso de medicações

Manter imobilização

curativo diariamente

Informações Complementares: _____

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ Data da Consulta: ____/____/____ NÃO ☐


Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

EC-9



Kleyton Edylon da Silva Tomaz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.736.304 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2015

NOME << KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ >>

FILIAÇÃO << EDIMILSON JOSÉ TOMAZ >>
<< MICHELINE FERNANDA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 01/03/1998

DOC. ORIGEM << CN 42217 L.37A F.66 CART. 1º CAMARAGIBE-PE 09.09.1998 >>

CPF 071.956.604-51 Assessoria de Planejamento
Delegacia de Polícia - Gerente HTB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1516460721301103131.6655444 F-69 44.597 - 4421



MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
 21ª CSM
 Nº 773855 SÉRIE: B
 RA 210022644053

NOME
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

Emissão: Cabo de Santo Agostinho, PE, 22/fev/2016

FILIAÇÃO
 PAI **EDIMILSON JOSE TOMAZ**
 MÃE **MICHELINE FERNANDA DA SILVA**

DATA NASC. 01/03/1998 NATURALIDADE RECIFE - PE

Dispensado do Serviço Militar inicial em 04 de março de 2016 por residir em município não tributário

Cmt/Ch ou Dir **JEFFERSON DOMINGOS PIMENTEL - CAP**
 Delegado de Serviço Militar da 2ª Divisão de Serviço Militar CS

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
 ELEIÇÕES GERAIS 2018 - 1º TURNO
 DATA: 07/10/2018
 KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

Inscrição: 0912 9329 0841
 UF: PE Zona: 0015 Seção: 0176

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
 ELEIÇÕES GERAIS 2018 - 2º TURNO
 DATA: 28/10/2018
 KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

Inscrição: 0912 9329 0841
 UF: PE Zona: 0015 Seção: 0176

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

DATA DE NASCIMENTO 01/03/1998 Nº INSCRIÇÃO 0912 9329 0841 ZONA 015 SEÇÃO 0176

MUNICÍPIO / UF CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE DATA DE EMISSÃO 07/08/2017

JUIZ ELEITORAL





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 61807 Série 00117

Kleyton Edylon da Silva Tomaz
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ
Loc. Nasc. RECIFE Est. PE Data 01/03/98
Filiação EDMILSON JOSE TOMAZ
MICHELINE FERNANDA DA SILVA
Doc. Nº RG: 7.736.304 SDS/PE(12/01/2005)

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 20.08.2013 SRTE PE



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 16/05/18

Nº PRONTUÁRIO: 104684

NOME DO PACIENTE: Kleyton Edybond Sh

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

long

CID:

Doença do Ailhu

SS2

OBS.:

DIAS:

16/05/18

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo



ATESTADO MÉDICO

Atesto para a os devidos fins que o (a) senhor(a)

Kleyton Edylen das L. foi atendido (a) neste
serviço no dia: 19, 04, 18 às: 5 52 4



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

caboc, 19 de 04 de 2018

Dr. Eduardo B. Oliveira
MÉDICO
CRM 121587

Médico





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a)
Senhor(a) Ilvete Boyer de Lencastre
foi atendido(a) neste serviço no dia 04/05/18
CID: S52.2

- ☒ Necessitando de 60 dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou na escola);
☐ Estando apto para voltar ao trabalho;
☐ Como acompanhante.
☐ Outros: _____

Cabo de Santo Agostinho, 04 de 05 e 18

Dr. Paulo Gireó
Médico

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo decreto nº 6070 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de falta e afastamento do trabalho.

Av. Presidente Vargas, 364 - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 55.100-000
Fone: (81) 3512.1450 - Fax: (81) 3521.0031 - C.N.P.J.: 09.930.330/0001-50





CÓPIA AUTENTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 17179 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

Ofício nº. 1942/2018 Data 11/5/2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 15:09 do dia 11 de Maio de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ filho(a) de EDIMILSON JOSE TOMAZ e de MICHELINE FERNANDA DA SILVA, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Crespo, estado civil Solteiro(a), apresentando a idade de 20 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 7736304, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA LUIZA FELIX BARROS, complemento: NÃO INFORMADO, bairro CENTRO, telefone/s NÃO INFORMADO, CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando refere que estava em sua motocicleta transitando na rua Jorge Sales, Próximo ao Supermercado Todo Dia, Cabo de Santo Agostinho - PE no dia 18/04/18 por volta das 16h e 20 minutos quando colidiu contra um cachorro vindo a ser socorrido pelo SAMU do local do acidente até o Hospital Dom Hélder de onde apresenta uma fotocópia da Ficha de Atendimento do dia 18/04/2018 às 16:58 assinada por Dr Mavinier Mendes de Oliveira, CRM-PE: 18569, que diz: "... Paciente vítima de colisão moto x cachorro onde refere queda com trauma em antebraço E + joelho D. Exame físico: escoriação em joelho D + deformidade em antebraço. Hipótese Diagnóstico: Fratura dos ossos do antebraço E? Trauma em joelho a/e. Solicito Rx Trauma..." Apresenta um outro documento relacionado à História Clínica do periciando assinado por Dr Bruno Daltro, CRM-PE: ilegível, que diz: "... Fratura exposta em rádio e ulna esquerdo. Conduta: Internamento..." Apresenta uma fotocópia do sumário de alta assinado por Dr Eduardo B. Oliveira, CRM-PE: 21687, que diz: "... Procedimento: Placa e parafuso. Alta em 19/04/18."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Limitação da extensão completa do quarto e quinto dedo da mão esquerda quando o punho em extensão. Limitação na rotação externa do antebraço esquerdo. Cicatriz linear violácea e avermelhada com crosta em face medial de antebraço esquerdo no terço médio medindo oitenta milímetros (incisão cirúrgica). Cicatriz linear violácea e avermelhada em face posterior de antebraço esquerdo no terço superior medindo sessenta e cinco milímetros (incisão cirúrgica).

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

As lesões encontradas, de duas incisões cirúrgicas, guardam nexos causal e temporal com o fato relatado pelo documento médico do Hospital Dom Hélder. Por o periciando apresentar limitação na extensão completa do quarto e quinto dedos da mão esquerda, como também apresentar limitação na rotação externa do antebraço esquerdo, o mesmo deverá realizar um exame complementar em sessenta dias munido de documento médico atualizado e esclarecedor do serviço de origem, Hospital Dom Hélder, no intuito de avaliar possíveis sequelas.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio
Instrumento contundente

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armando Jorge Sales, n.º 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54.510-480 - Tel.: (81) 3521-6451

11/05/2018 13:34:45

Autenticação de Documento.
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.
Tab./Esc.:
Custas R\$ 3,41
R\$ 0,68
Olga Luiza Campelo de Oliveira TSMR
Selo Digital M.0074963.HZM10201801.00087 Total R\$ 4,09
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERNAMBUCO

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: IVINA LEITE DA FONSECA - 24/04/2019 09:33:48

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042409334869800000043520022>

Número do documento: 19042409334869800000043520022

Num. 44180878 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim: Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^(a). JOSÉ MIGUEL FRANCISCO DA SILVA SOUZA - CRM 21839.

Perito responsável

José Miguel F. da S. Souza
Médico Legista
CRM - PE: 21839 / Mat. 386.490-1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Defesa Social
Diretoria de Polícia Científica
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo
De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por aplicação de
de Klayton Edylson de Silva
Tomaz
Polo Ofício AP
Deitado do
19/06/18
A que dou fé o Assino.

João Alberto Marques da Silva
Auxiliar de Legista - Mat. 286.222-5
IMLAPC/GGPC/SDS/PE

João Alberto Marques da Silva
Auxiliar de Legista - Mat. 286.222-5
IMLAPC/GGPC/SDS/PE



Laura Dubourcq & Feliciano Júnior
Advogados Associados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ, brasileiro, união estável, operador de máquinas, portador da Cédula de Identidade nº 7.736.304 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 071.956.604-51, residente e domiciliado à Rua Avenida José Fragoso, nº 223, Charnequinha, Cabo de Santo Agostinho/PE, telefone para contato: 98662-7009.

OUTORGADOS: JOSÉ FELICIANO DE BARROS JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 17.500, ÍVINA LEITE DA FONSECA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-PE sob o nº 38.130 e VALTER GLEYSON MATEUS NERI DA SILVA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 47.384 todos com endereço na Avenida Engenheiro Domingos Ferreira, nº 2391, sala 505, Boa Viagem, Recife/PE.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, acordar, discordar, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados **poderão ou não** serem substabelecidos.

Cabo de Santo Agostinho, 29 de novembro de 2018.


KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

Av. Engenheiro Domingos Ferreira, nº 2391, Sala-505, Boa Viagem, Recife-PE
FONE/FAX: (81) 3466-0122 Cabo: (81) 3521-0863



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ, brasileiro, união estável, operador de máquinas, portador da Cédula de Identidade nº 7.736.304 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 071.956.604-51, residente e domiciliado à Rua Avenida José Fragoso, nº 223, Charnequinha, Cabo de Santo Agostinho/PE, telefone para contato: 98662-7009.

DECLARO na forma da Lei 7115/83, e para os favores da Justiça Gratuita de que trata a lei 1060/50, que sou pobre, não possuo meios suficientes para arcar com as despesas judiciais sem desfalque de meus sustento e de meus familiares, indicando para me representar os advogados: **JOSÉ FELICIANO DE BARROS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 17500, **ÍVINA LEITE DA FONSECA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-PE sob o nº 38130 e **VALTER GLEYSON MATEUS NERI DA SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 47.384 todos com endereço na Avenida Engenheiro Domingos Ferreira, nº 2391, sala 505, Boa Viagem.

Cabo de Santo Agostinho, 28 de novembro de 2018.

Kleyton Edylon da Silva Tomaz
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ DATA _____ MATR. CORREIOS _____

IDENTIDADE _____ NOME _____

ASSINATURA _____ ASSINATURA _____



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG 32300379 - AO CABO DE SANTO AGOSTINHO
CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE
CNPJ 34028316038186 Ins. Est. 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURO LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF: 09246608000104
Doc. Post: 285856557
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao: 62267655

Movimento: 05/07/2018 Hora: 15:31:33
Caixa: 87215677 Matrícula: 83295348
Lancamento: 022 Atendimento: 00017
Modalidade: A Faturar ID Triquete: 1494361758

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATIL 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)		21,75
Peso real (G)		145
CNPJ/CPF Remetente	07196660451	
Nome Remetente	KLEYTON EDYLLON DA SILVA TO	
Cont. Nome	MAZ	
Endereço Remetente	RUA LUIZA FELIX DE BARROS	
Cont. Endereço	36 APUCATIA	
Cep Remetente	54505-170	
Cidade Remetente	CABO DE SANTO AGOSTINHO	
UF Remetente	PE	

POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$)		29,31
Cep Destino	20031-205 (RJ)	
Peso real (G)		145
OBJETO	DY469743176BR	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconhecido a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: RG:
Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pre-Atendimento d
os Correios. E
recomenda cilíndrica ou esférica i
implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

