



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40°CIRC DIM/10°DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0130002819

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (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 Mão:
MICHELINE FERNANDA DA SILVA Pai: EDIMILSON JOSÉ TOMAZ Data de Nascimento:
1/3/1988 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7736364/SDS/PE (RG), 57195666451 (CPF), 86987186348 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:
- 986627000**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 38, RUA LUIZA FELIX DE BARROS - CEP: 54606000 - 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 da(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**

Autenticação de Documento: 09/11/2018 13:34:46
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Tab./Esc.: Olga Luiza Campeão de Oliveira TABR Custas R\$ 3,41
Selo Digital N.0074963.GBT10201801.00088 Total R\$ 4,09
Consulta autenticidade em www.tabelionaticante.com.br/calendario



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

Relatório 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 SECREGAO 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:
3873148

Ing. I. Mediros G. de Queiroz



Assinado eletronicamente por: IVINA LEITE DA FONSECA - 24/04/2019 09:33:47
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042409334772200000043519900>
Número do documento: 19042409334772200000043519900

Num. 44180754 - Pág. 2

**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.

Doutor(a) C. G. de Jesus
Coordenação de Enfermagem
SAMU - Ipojuca

Coordenação
SAMU IPOJUCA

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

Doutor(a) C. G. de Jesus
Coordenação de Enfermagem
SAMU - Ipojuca
Mat. 67352
03/05/18



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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.tje.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
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**CEP:** 54505635**Fone:** 87774964**DADOS DO ATENDIMENTO****Origem:** SAMU**CRM:** 17726**Médico:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA**Especialidade:** ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Leito:** LEITO 1**Acomodação:** BLOCO CIRURGICO - RPA**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, 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:** Melhorada**Diagnóstico:**

Fratura dos ossos do antebraço direito

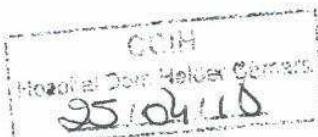
 Dr. Engenheiro B. Oliveira
 MEDICO
 CRM: 21627
Procedimento:

Osteosíntese e punção

Alta em:

19/04/2018

Hora:

Médico e C.R.M.:**Responsável pela retirada do paciente - Nome:****Assinatura e R.G.:**
 HNH - Hospital Dom Helder Câmara
 Jefferson Melo
 Faturamento SEME
 23/04/2018


HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE: KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ
IDADE: 20

REG: 104484
ORTOPEDIA
DATA: 18/04/2018

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT VEM AO SERVIÇO COM DORES EM LESAO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

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

EXAME FÍSICO

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

EXAMES DE IMAGEM

FRATURA DE RÁDIO E URNA ESQUERDA

MEDICAÇÕES EM USO:

NEGA

HAS (-) DM (-) ALERGIA : NEGA

HD:FRATURA EXPOSTA EM RÁDIO E URNA ESQUERDO

CONDUTA:

- INTERNAMENTO
- SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Dr. Bruno Dalto
Ortopedista / Traumatologista
CRM / PE 20001



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

Idade Cirurgia : 35910
Paciente : 104484
Convênio Atend. : 1
Leito : 634
Dt. Início : 18/04/2018 21:03
Dt. Fim : 18/04/2018 22:03
Sala : 0003 SALA 03
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ
SUS - INTERNACAO
LEITO 1
Fré-Operatório : S527 FRATURAS MULTIPLAS DO ANTEBRACO
6s-Operatório :

Atendimento : 430953
Carteira :
Idade : 20 Anos

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 :

ESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- . PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
- . ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
- . APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- . DESBRIDAMENTO DE FERIDA
- . LIMPEZA EXAUSTRIVA 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
- TALA ÁXIO-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 AP/R

18/04/2018

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 AGOSTINHO PE

RG (Identidade): 7736304 Usuário Atendimento: THAYANECCS

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07195660451 SDS PE Data de Emissão:

Cartão SUS:

Fone: 87774964

Data de Emissão CRN:

Hospital Metropolitano Dom Helder Câmara
Endereço: C. D. da Barra, 1000 - Centro
Data: 20/04/2018

RESUMO DE TRATAMENTO

es: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doenças: _____
Dor: _____
Tosse: _____
Respiração: _____
Exame Físico: _____

Diagnóstico: _____
Sintomas: _____
escoria, já tem febre, _____
defeito ósseo em cintura, _____

Hipótese Diagnóstica

Perda dos ossos da cintura, Sintoma? _____
tem febre, já tem febre, _____

Indicação Terapêutica

Prescrição Médica

ATENDIDO _____
_____ 12/04/2018 12:00:00
Dr. Marlene Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CNPJ 14.669

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



 HOSPITAL DOM HELDER CAMARA 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
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
<p>FUND. MARTINIANO FERNANDES</p> <p>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</p>	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim _____</p>	<p>Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p>
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	
<p><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?</p> <p>Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?</p>	<p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA	
<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado</p> <p><input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente</p>	



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

18/04/18

Paciente

KLEMINTON EDYLOM DA SILVA TOMAZ

Sexo

M

Cor

Pd

Idade

20

Risco

I

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

16211 RAISSE CASADO

EDGLEY

Medicação Pré-anestésica

REG. 104484

Urgência

 NÃO SIM

Cirurgia

TRATAMENTO CURURGICO DE FRACTURA EXPOSTA
DE RÁDIO E UMA -

Horário

10:00

O₂N₂O

X

Liquidos

SR

500

Sao.

20-08-08-08-08-08

TCO₂

ECG

VDR-108-108-108-108-108

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00

00



1. Identificação

Nome: Kyleton Edson da Silva Ramoz Leito da SRPA: 05
Leito de origem: _____ data: 18/09/18 hora: 09:10 Registro: 109481

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: IT Cirur Radio Distal Esquerda

Tipo de anestesia: Bloq. plexo Blaquiatal

Equipe: Dr. Colby Anestesista: DM

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Graveº

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: 92 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>115x63</u>	<u>116x64</u>	<u>117x63</u>	<u>116x74</u>	
FR	—	—	—	—	—	
FC	<u>98</u>	<u>89</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:

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome:	Kleyton Edilson da Silva	Data:	18/04/18	Registro:	104484
Convênio:	SUS	Leito:		Hora:	

2. Equipe médica:

Cirurgião:	Dra Edilson	1º auxiliar:	
Anestesista:	Dra Priscila	Instrumentador:	Raquel
Circulante:	Willy		

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Locups Capoflex	HDH GME MAFS 17.04.18 01 24.04.18 1884	
Basico Certo Pedico	HDH GME MVG 16.04.18 01	
Ex 315	23.04.18 1882	
Motor	MOTOR BROCA 001 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME 003247959 LOTE: 237139 PLASMA EST: 17/04/2018 VAL: 17/04/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.HDH GME black TB	
	16.04.18 02	
	16.04.18 02	
	16.04.18 02	



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: *Kleylane Edylane da Silva* Data: *18/4/18* Hora: *20:00* Registro: *104484*
 Convênio: *SOS* Leito: _____ Pele: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: *Dra Edilene* Anestesista: *Dra Flávia*
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: *Frei L*

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: *Extratir. Bocio. Biópsia. Desal. Gengivodo* Início: *20:30* Término: *21:30*
 Anestesia: *Bloco. Bloco. Bloqueio* Início: *20:00* Término: *21:30*

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Bom	(<input type="checkbox"/>) Regular	(<input type="checkbox"/>) Grave
Nível de Consciência:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado	(<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente	(<input type="checkbox"/>) Sonolento
Respiração:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Espontânea	(<input type="checkbox"/>) Entubado	(<input type="checkbox"/>) Traqueostomizado
Tricotomia:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não	

Chegou no CC em uso de: *Maca*

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler (<input type="checkbox"/>)	Lateral (<input type="checkbox"/>)	Dorsal (<input checked="" type="checkbox"/>)	Ventral (<input type="checkbox"/>)	Ginecológica (<input type="checkbox"/>)
Banco de Sangue (<input type="checkbox"/>)		Laboratório (<input type="checkbox"/>)	Radiologia (<input type="checkbox"/>)	Peça Cirúrgica: Sim (<input type="checkbox"/>)

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (<input checked="" type="checkbox"/>)	Monitor Cardíaco (<input type="checkbox"/>)	PNI (<input type="checkbox"/>)	Bomba CEC (<input type="checkbox"/>)	Aspirador (<input type="checkbox"/>)
Colchão Térmico (<input type="checkbox"/>)	Bisturi Ultrasônico (<input type="checkbox"/>)	Artroscópio (<input type="checkbox"/>)	Microscópio (<input type="checkbox"/>)	Capnógrafo (<input type="checkbox"/>)
Bisturi Elétrico (<input type="checkbox"/>)	Local da Placa _____			
Carro de Anestesia (<input type="checkbox"/>)	Diprofusor (<input type="checkbox"/>)	Intensificador (<input type="checkbox"/>)		
Ap. Vídeo (<input type="checkbox"/>)	Bomba de Infusão (<input type="checkbox"/>)			
Oxigênio (<input checked="" type="checkbox"/>)	Inicio <i>20:00</i>	Término _____	Nº () _____	
Protóxido (<input type="checkbox"/>)	Inicio _____	Término _____		
Gás Carbônico (<input type="checkbox"/>)	Inicio _____	Término _____		
Outros: <i>Sarrote 20:30</i>				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cárrula Orotraqueal: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Punção Venosa: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Sonda Vesical de Demora: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	Sonda Gástrica: Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
Drenagem (Tipo e Local): Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	
Curativo (Tipo e Local): Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____	CIRURGIA: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES: _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (<input checked="" type="checkbox"/>)	Narcose (<input type="checkbox"/>)	Entubado (<input type="checkbox"/>)	Traqueostomizado (<input type="checkbox"/>)
Encaminhado para: SRPA (<input checked="" type="checkbox"/>)	S. Intensiva (<input type="checkbox"/>)	LICOR (<input type="checkbox"/>)	UTI (<input type="checkbox"/>) Aptº (<input type="checkbox"/>) Residência (<input type="checkbox"/>)

Data: <i>18/4/18</i>	Hora: <i>21:30</i>	Enfermeira: <i>Mariânia</i>	Circulante: <i>Ways</i>
----------------------	--------------------	-----------------------------	-------------------------

CÓD. 38607



PACIENTE:	Kleystay Edilson da Selva Tonay	DATA:	18/14/18
CIRURGIÃO:	Dra. Edilene	RG:	104484
ANESTESISTA:	Dra. Roseli	AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Extracção de Radio distal Esquerda	ANESTESIA:	Bloq.plexo
ESTRUMENTADOR:	Roseli	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Roseli
CIRCULANTE:	Edilene	COREN:	
ENFERMEIRA:	Meredete	HORÁRIO INICIAL:	20:00
		HORÁRIO FINAL:	21:30

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 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
STURI 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

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 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 CARDIACA
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/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	AÇO 4	ACO 6

CÓD. 38407



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Kleyton Edylon Registro:

Clínica: _____ **Enfermaría:** _____

Data/Hora	# SPPA #	Leito:
19/04/18	Paciente em pos-op Enat. Radio / ulna (E). EGR, consciente, orientado, respiraço, pulso, ATO clínica aceitável sem queixas. Segue de Alta hospitalar quando com- pletar 24h de antibioticó.	Fefu Rafaela Henrique Enfermeira COREN-PE 346.177



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

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

Diagnósticos Definidos: Fratura das costas do antebraço

Conduta / Procedimentos Realizados: Placa e parafuso

Prescrição para o Domicílio: Mantenimento
Vias de medicamentos
Mantenimento
Curativo

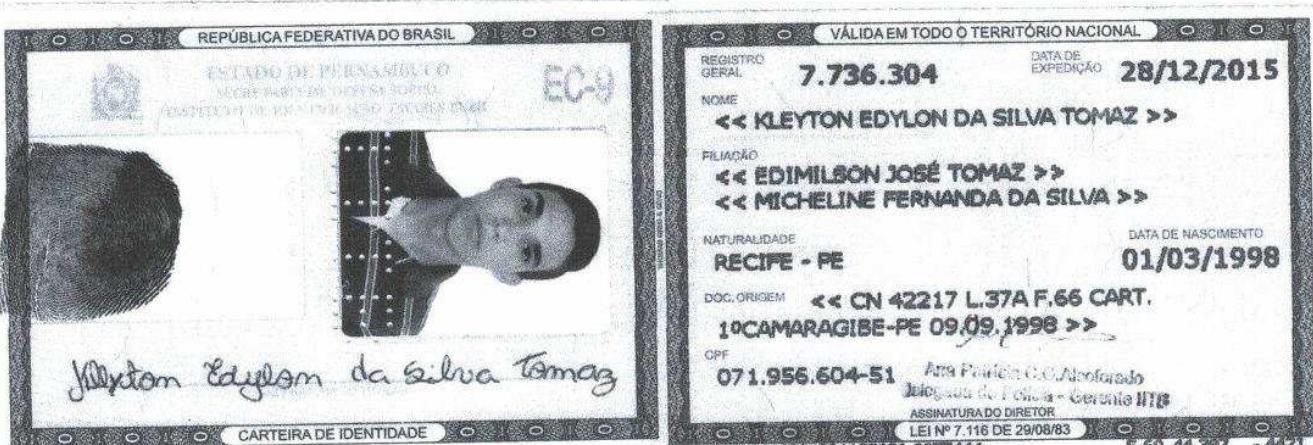
Informações Complementares:

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 Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





Assinado eletronicamente por: IVINA LEITE DA FONSECA - 24/04/2019 09:33:48
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042409334843500000043519987>
Número do documento: 19042409334843500000043519987

Num. 44180842 - Pág. 1



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

NOME
KLEYTON EDYLON DA SILVA TOMAZ

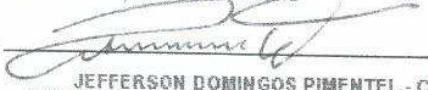
EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

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

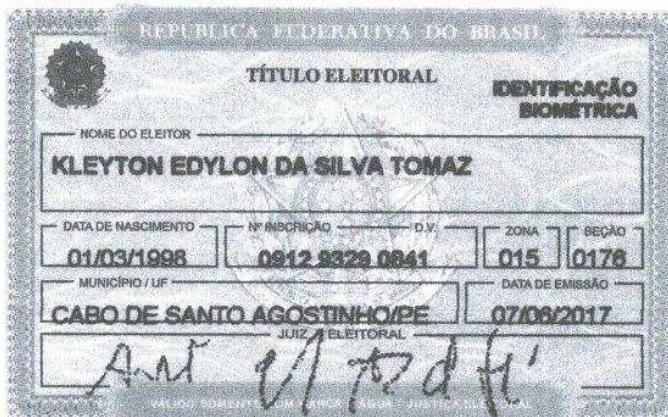
Cmt/Ch ou Drt 
JEFFERSON DOMINGOS PIMENTEL - CAP
 Delegado de Serviços Militar da 27 Del SV MII/21^a CS

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



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 EDIMILSON JOSÉ 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: 20/08/2013 SRTE PE

Data Emissão 20/08/2013





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 16/05/18

Nº PRONTUÁRIO: 104684

NOME DO PACIENTE: Kleyton Edyson de Souza

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Tonse

CID:

S22

OBS.:

DIAS:

A partir de 1000) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo





GOVERNO DO ESTADO
Pernambuco
JUNTOS FAZEMOS MAIS

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

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

Kleyton Edvaldo das L. G. foi atendido (a) neste
serviço no dia: 19/04/18 horário: 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: _____

cabr, 19 de 04 de 2018.

Dr. Eduardo B. Oliveira
MÉDICO
CRM-PE 1587

Médico





ATESTADO MÉDICO

Hospital
São Sebastião

Atesto para os devidos fins que o/a)

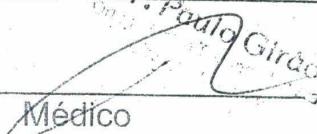
Senhor(a) Thierry Boyau n L Pm

foi atendido(a) neste serviço no dia 01/05/18

CID: S52.2

- Necesitando 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, 01 de Maio de 18


Dr. Paulo Giroto
Médico

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

Av. Presidente Vargas, 364 - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54170-000
Fone: (81) 3513.4150 - Fax: (81) 3521.0081 - C.N.P.J.: 09.960.330/0001-61





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 POLICIA DA 040A. CIRCUNSCRICAO - CABO DE SANTO AGOSTINHO

Ofício nº. 1942/2018 Data 11/5/2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA 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), aparentando 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 nexo 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 que causou a lesão?
Instrumento contundente.

CARTÓRIO MÁRCIO MENDES - 3.º OFÍCIO DE NOTAS DO CABO - PE
R. Armando Jorge Sales, nº 104-B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE - CEP: 54.510-480 - Tel.: (81) 3521-6451

Autenticacao de Documento - 07/11/2018 13:34:45
Confere com o original que me foi apresentado. Sou fe. Custas R\$ 3,41
Tab./Esc.: Olga Luiza Campelo de Oliveira TSMR R\$ 0,68
Selo Digital N.0074963.HZ110201801.00087 Total R\$ 4,09
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/certificado

Página 1 de 2





**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



João Alberto Marques da Silva
Auxiliar de Legista - Mat. 206.222-5
IMAPCGGPOC/SDS/PE



Autenticação de Documento
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe. 04/11/2018 13:34:45
Tab./Esc.: Olga Luiza Campelo de Oliveira TMR Datas R\$ 3,41
Selo Digital N. 0074963.KV110201801.00086 Total R\$ 4,00
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seledigital



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 judicia 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 NCPC15).

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

Cabo de Santo Agostinho, 29 de novembro de 2018.

Kleyton Edylon da Silva Tomaz.
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



Laura Dubourcq&Feliciano Júnior
Advogados Associados

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 meusustento 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 **VALTERGLEYSON 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

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



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag. 32300379 - AC CABO DE SANTO AGOSTINHO
CNPJ: 34028316038186 Ins Est.: 001436007
- PE

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSUR SEGU
CNPJ/CPF: 09248608000104
Doc Post: 285856557
Contrato: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao: 62267655

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

DESCRICA	QTD	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$):		21,75
Peso real (G):		145
CNPJ/CPF Remet: 07195660451		
Nome Remetente: KLEYTON EDYLN DA SILVA TU		
Cont. Nome: MAZ		
Endereco Remet: Rua 157A FELIX DE BARROS		
Cont Endereco: 36 APUCAIÁ		
Cep Remetente: 54500-700		
Cidade Remet: CABO DE SANTO AGOSTINHO		
UF Remet: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$):		29,31
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G):		145
OBJETO:		DY46974317BBR

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 FATARAR

Reconheço 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 POSTAL DIREITOS E DEVERES-LI 6538/78

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

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01

