



CARUARU

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. DAMIÃO MARCIONILO DA SILVA portador do RG: 8.876.604 SDS-PE e CPF: 700.470.784-99 que consta nos registros de ocorrências Nº1811250382 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia 25/11/2018 às 16h e 43m, no endereço BR 232, SENTIDO CARUARU, SÍTIO VASCO, CARUARU-PE, com queixa de CAPOTAMENTO, tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO, que prestou atendimento a vítima, sendo transportado para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 21 de Fevereiro de 2019.

Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 21 / 02 / 2019.

Damião Marcionilo da Silva





Receituário



Nome do Médico

Damião Maranhão do Silveira, 36  
anos, vítima de acidente automobilístico,  
colúmbio, capotamento em 25/11/2018.  
Recebeu primeira assistência do SAMU  
e encaminhado para o Hospital Regional  
do Apente. Transferido para o Hospital  
do Petrópolis, de emergência fratura  
na espinha no nível frontal que  
se comunicava por laceração para  
região glóbulos. Apresentou excelente  
ferimento em região frontal com  
realização de cirurgia plástica para  
colocação de rebeldia. teve alta hospitalar  
em 18/02/2019



Consulte a padronização de  
medicamentos do seu hospital

Rua Artur Antônio da Silva, 549 - Bairro Universitário  
Fone: 81 2103.8600 Cep: 55.016-445 - Caruaru - PE

REGISTRO Nº 1001124



Recebeu botarrões especializados  
com avaliação. acompanhado pela CCIT  
Infermie que perdeu alguns episódios.  
Relato que perdeu audição à direita  
mas não há laudo de especificidade.

Aparente impacto principal em  
ouvido de exérese acústica em  
face

Aparente exérese profunda, irrepa-  
rável, com depressão em região de  
supercílio direito. Exérese acústica repetida  
forada e nasal.

Exérese em coxa esquerda que  
corresponde a área do ouvido para  
exérese.

Recebeu alta definitiva e apresen-  
ta sequelas permanentes.

EID: 5028

Esuoru 08/04/2019

Dra. Márcia Virginia  
Médica  
CRM 11016





0206030031 0206030031  
 0206010041 0206010041  
 0206020031 0206020031

HR

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
 EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: DAMIAO MARCIONILO DA SILVA      Atendimento: 464801      Prontuário: 291709  
 Data Nasc.: 04/12/1982      Idade: 35      Sexo: MASCULINO      Cor: PARDAS      Religião:  
 CPF: 70047078499      RG: 8876604      Cidade: CARUARU      Nº: 125      Estado: PE  
 Endereço: RUA BIBIANO LAGO ALVES      Profissão: AUTONOMO  
 Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA      Nome da Mãe: MARIA IZABEL DA CONCEICAO  
 CEP: 55002143      Fone: 997761092  
 Acompanhante:  
 Motivo do Atendimento: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO  
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2018 17:22

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de espatamento de + 1h. Eléctrico e SAMU em protocolo. Segundo pai Hosp. não houve RCP. Rpto de ch. em face. Neq. dor Abd.

Exame Físico:

- 1) Jv. Aérea Pulm. / com color. clivica PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_
- 2) M. A. H. T. S. I. A. A. Sat 96%. AA. FR = 20 upm
- 3) FC = 65 PA = 130 x 40 Hipertensão + 1/4
- 4) ECG = 13
- 5) FCC em frente / Epitaxu / fac. lobos sup.

Politrauma

- 1) TC crânio / p. / t. / r. / Abd.
- 2) Análise do exmf
- 3) Glm. Vermelha e / por. horizont. Contínuo
- 4) HB / HT.

Prescrição:

5) SVD. Dieta: \_\_\_\_\_

Data

		Horário
1	2) SFO. 9.1 - 1000 - l. EV.	2.º AS 18h FORA JUIZ
2	3) Keflin 2g. EV.	TADA USA PARA RENEN
3	4) SFT. 500mg UE - IM.	CAO DE TOMOGRAFIA
4	5) Mipron 1mg + AD. CV. 6/6h.	17:44 SEM NICELO
5	6) Parilol 10mg + AD. CV. 8/8h.	
6	7) Tromboliz 100mg + 100 - P. SFO. CV. 8/8h.	17:44
7	8) Man. horizont. Contínuo.	
8		
9		
10		





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGENCIA



3 - Evolução / Exames

25/11/18 # CTBUF 20604  
 Peto vert. me. de Capote meite. Consciente /  
 orientado. Ao exame físico apresenta hematomas  
 periorbital (D) (ocupação visual e mata ledeca  
 ocular periorbital); presença de edema em  
 região periorbital; comunicação de O2 região  
 glabéla. Obtenção batido exposto de frontal local  
 (D) - A TC de face pete uma lesão batido de parietal  
 ant. e post. de nível frontal local (D) + batido hori-  
 zontal de nível mandibular (E) Peto aguardando  
 para aplicação do NCE em Recife.

Dr. Kelly J. Santos  
 CRM-PE 19.825 / CRM-BA 31.009

CD: (1) Orientação (2) A NCE (3) Recolha de  
 do CTBUF para conduto de Neurocirurgia.

Responsabilidade de Alta a Pedido  Paciente  Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Autorização de Procedimento  Paciente  Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadli-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência: HP  Internamento \_\_\_\_\_

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data: 25/11/18 Hora: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

11/25/2018 5:22:08 PM  
 2 de 2

Usuario do Atendimento  
 ROBERTAKBS

Dr. Wenner Sávio  
 Cirurgião Especialista  
 CRM-PE 19.825 / CRM-BA 31.009



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

25/11/2018 17:14

Nome Paciente: DAMIAO MARCIONILO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/12/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 35  
Senha: U0018  
Convênio:  
Atendimento:

25/11/2018 17:14 - SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

**MUITO URGENTE**

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO, APRESENTANDO AFUNDAMENTO IMPORTANTE DE REGIAO FRONTAL, FERIMENTO CONTUSO EM LABIO INFERIOR, ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO. CONSCIENTE, ORIENTADO. TRÁZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: T.C.E.

Discriminador(es):

Especialidade: - MECANISMO DE LESÃO?  
- GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?  
CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA  
Data: 25/11/2018 17:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

**\*40564**  
405649

Paciente: DAMIÃO MARCIONILO-153  
Prontuário.: 291709  
Procedência : EMERGENCIA  
Leito....:  
Local de Entrega : VERMELHA

Cadastro.: 25/11/2018 - 17:48  
Impresso.: 25/11/2018 - 18:00  
Impresso por.: WALKER

Exames:

**HEMATOCRITO**

Data da Coleta: 25/11/2018

Valores de Referência

Resultado	Unidade
RESULTADO..... 39.9	%

**HEMOGLOBINA**

Data da Coleta: 25/11/2018

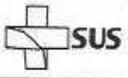
Valores de Referência

Resultado	Unidade
RESULTADO.....: 14.9	g/dl

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

*Walker Spencer*  
Dr. Walker Spencer  
Biomédica - CRBM/PE 0472





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>UFA</i>	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE <i>Tamara Maranhão da Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>2011709</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>14/10/80</i>
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR
10.1 - ETNIA	11 - NOME DA MÃE <i>Alma Izabel da Lourenço</i>
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>S</i>
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>São João da Piedade</i>
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Caruaru</i>	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF <i>PE</i>	19 - CEP <i>55010-000</i>

**20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL	26 - CID 10 PRINCIPAL
27 - CID 10 SECUNDÁRIO	28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>TC de torax</i>	30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - QTDE.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTDE.	38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - QTDE.

**41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente vítima de capotamento, chega a emergência e é suspeita de fratura de fêmur*

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Thelma C A Barbosa</i>	43 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>25/11/2018</i>
44 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF <i>047776412454</i>	45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	47 - Nº DOCUMENTO

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF
51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1058116  
Nome: Damian Marcondino da Silva  
Foi atendido às 23h48 hs. do dia 25 12 2018  
Diagnóstico Provável: Plastico fecho aberto  
após pontal

Tratamento Realizado: Clisma Médico reparador  
(Notas de detalhe cirurgico  
e eletro cardio + pule)

Observação: Refaz anexo documento no  
posto de saúde próximo a residência  
refinar os pontos em 15 a 20 dias  
de operado.

Cópia de: 18/02/2019  
Médico - CRM Nº 5798  
Fernando Basto  
Cirurgia Plástica  
CRM - 6798

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Eu convindo a participar da pesquisa científica:

(TÍTULO DA PESQUISA)

onde a explicação desse convite estará logo abaixo, estando ciente em responder qualquer dúvida que venha ocorrer.

Eu, DAMIÃO MARCONILO DA SILVA

(NOME)

abaixo assinado, concordo em participar ou o meu familiar concordará que participe da pesquisa realizada pela pesquisadora Enfermeira Estomaterapeuta Ana Fábia dos Santos Silva membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital da Restauração (HR).

Entendo que as fotos necessárias serão apenas da área lesional, e durante o meu internamento hospitalar ou o acompanhamento no consultório de estomaterapia. Também compreendo se houver a necessidade do tratamento coadjuvante da Fotobiomodulação (laserterapia local), terei a explicação das indicações e contraindicações, sabendo que esse procedimento não prejudicará a evolução para a cicatrização da minha lesão. Sei que esse procedimento a mim explicado será para realizar trabalhos científicos, capacitações, onde manterá o meu sigilo e respeitará a minha privacidade quanto pessoa.

Ciente que as questões discutidas serão utilizadas como parte de seu trabalho científico, sem mencionar a minha identidade e que poderei desistir de colaborar a qualquer momento, sem que tenha prejuízo ou gastos de qualquer natureza, sendo a pesquisa sem fins lucrativos. Os dados coletados serão armazenados no computador da pesquisadora responsável, Ana Fábia dos Santos Silva do Hospital da Restauração - Rua Agamenon Magalhães - S/N Derby - fone: 31815400.

Declaro que todas as informações fornecidas durante o trabalho da pesquisadora são de livre e espontânea vontade. Por fim, se tiver dúvidas sobre a minha participação poderei esclarecer com a pesquisadora responsável Ana Fábia Santos.

Os benefícios que a pesquisadora poderá trazer a população de pesquisadores na área de saúde, profissionais e estudantes serão enriquecedor quanto ao conhecimento da assistência aos pacientes portadores de lesões e tratamento quanto a cicatrização. A presente pesquisa é considerada de risco mínimo, pois a mesma poderá acarretar constrangimento pelas fotos da lesão e/ou em responder alguma pergunta relacionada ao meu problema sobre as lesões. Onde poderá minimizar preservando a minha identidade.

DATA: .....

Nome completo em letra de FORMA: DAMIÃO MARCONILO DA SILVA

Assinatura do RESPONSÁVEL: Damião Marconilo da Silva

ASSINATURA DA PESQUISADORA: .....

Ana Fábia Santos  
Enfermeira Estomaterapeuta  
CCIH 1023 CCU 43



**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 105816

Nome: David José da Silva

Foi atendido às 23:41 hs. do dia 25, 11, 2018

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de  
acidente automobilístico com  
lesão focal de ODN e fratura +  
efratura externa em região  
fronto-nasal com perda de  
substância e exposição óssea

cid: S02.8/S01

Tratamento Realizado: 1 Curativo especial +  
acompanhamento CITH

2 ATB endovenosa

3 Tratamento conservador das  
fraturas até o momento

4 Aos cuidados da cirurgia plástica

Observação: Retornou ao ambulatório BMR  
quinta - feira às 13:00h, após alta  
hospitalar. Prescrição: Trazer  
medicamentos.

Cópia de: \_\_\_\_\_

Alta BMR  
14/12/18  
11:20

[Assinatura]  
Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO** : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





1605-7

Atendimento: **1059086** Prontuário: 1657337  
 Paciente: DAMIÃO MARCIONILO DA SILVA  
 Nome Mãe: MARIA IZABEL DA CONCEICAO  
 End: RUA BIBIANO ALVES LAGOS Nº 125 PE  
 Bairro: SAO JOAO DA ESC Cidade: CARUARU  
 Nascimento: 04/12/1982  
 Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - 6A  
 Leito: +24HS Serviço: CLINICA GERAL  
 Data e Hora Atendimento: 28/11/2018 06:00

Seci

Numero do Registro

1058116

Data de Atendimento: 25/11/2018 23:41

Local de Entrada: EMERGENCIA

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1657337 Paciente: DAMIAO MARCIONILO DA SILVA  
 Data de nascimento: 04/12/1982 Idade: 35a 11m 22d Sexo: MASCULINO  
 Estado Civil: UNIDO CONSEN Profissão: Acompanhante: MARIA DE FATIMA

DOC ID / Data expedição: 8876604 / 21-Jan-12  
 Mãe: MARIA IZABEL DA CONCEICAO  
 Pai: MARCIONILO MADALENA DA SILVA Cartão SUS:

Endereço: RUA BIBIANO ALVES LAGOS Número 125  
 Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA Complemento:  
 Cidade: CARUARU UF: PE Telefone: 397761092

Notificado  
 Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
 25/11/18  
 VEH  
 HR/NEH  
 MT

05/12/18

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO  
 Local de origem: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 29/11-Paraná

Confirmação de nome: Confirmação de endereço:

Providências: Alta  Caso Social   
 Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons. Tutelar  Delegacias  Minist. Público   
 Outros  32/12/18 Com duas crianças de idade de 11 e 12 anos

Assistente Social  
 Cristiane Ferraz Lima  
 Assistente Social  
 CRESS - 4558

História Clínica:  
 Paciente vítima de acidente de carro por colapso na rede de consciência. Eléctroencefalograma com alterações frontais bilaterais, crônicas. ECG = 15 em déficit. TC de crânio: Fratura frontal em A profundidade de 1 cm. Fratura frontal direita.

Atendimento Médico  
 Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
 Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo: Transporte realizado:   
 Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:   
 Condições de imobilização adequadas: Sim  Não  Por Que?

Exame Físico:  
 A. Gera: Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

Respiratório  
 Pulso: 98mm ( ) Não  
 TOMOGRAFIA - HR  
 Contraste: ( ) Sim ( ) Não

Assinatura e Carimbo



Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Resposta Verbal Score: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Score: _____ Hora: _____

Exame Abdomen:  
 Caso Dinâmico el Epine de Pleto  
 que ocorre: - Suporte clínico  
 - Ulfelca Mercedes  
 - Au. BOLF

Luciano V. A. Melo Veiga  
 Neurocirurgião  
 CREMEPE 03872557

Cod. Procedimento

Ass. Médico

Ass. Enfermagem

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input checked="" type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:  
 Nome: Jorge Jun Nade CRM: 23426 Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Assumo a responsabilidade para internamento:  
 Aceito as normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e cirúrgico, inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se for necessário.

Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Assumo a responsabilidade de alta a pedido:  
 Autorizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento das consequências que deste ato possam advir.

Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 25-Nov-18

Dr. Luiz Torres CRM 11266  
 Dra. Maria Tereza  
 Cirurgiã Geral  
 Residente em Cirurgia  
 CRM 111178

# CT BMF # 2611118 02:04hs

Paciente vítima de acidente automobilístico, cursando com trauma em face. Visto consciente, desorientado, eupórico, normotensos, verbalizando, deambulando E.T. Ao exame físico BMF paciente apresenta hemorragia extensa em região mental, mas sem perda de substância, impossibilidade de avaliar acuidade visual e audição oulta. Vozes respiratórias, não apresenta incontinência urinária ou palpação de nódulos. Edema observado na face de mental. (Seus dentes postivos) com a PCR e dentídeos abrodar em outros tempos.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

HR 5564393 NCR

Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		Município	CARUARU	Região de Saúde
Paciente	DAMIÃO MARCIONILIO DA SILVA - 35				
Clinico	TCE / PLANO DE CUIDADO / ECG 14 / SEM SANG. INTRA PULVAR -				
Diagnóstico	TCE TCE DE TÓRAX E ABDOMEN SUPERIORES. DE DOR INTRINSECA E INTRINSECA.				
1ª REMOÇÃO	Destino	HR NCR 5564393	Município		H. de Saída / H. de Entrada
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO) PUNÇÃO SEM NCR				
	Assinatura do Médico Assistente	Dr. Werner Sávio Urgologista Cirurgião Minimamente Invasivo CRM-PE 19.828 / CRM-BA 31.009			Data
2ª REMOÇÃO	Destino		Município		H. de Saída / H. de Entrada
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)				
	Assinatura do Responsável				Nº do C.R.M.
Autorizo a Transferência					
Médico Chefe do Plantão					
Carimbo / Assinatura					
Confirmo o Motivo Administrativo					
Enfermeira Chefe do Plantão					
Carimbo / Assinatura					
Unidade Prestadora do Atendimento				Município	
Especificação do Atendimento Prestado					
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data



# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Resumo de

25/11/2018 23:36

Nome Paciente: DAMIAO MARCIONILO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 04/12/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 35  
Senha: U0057  
Convênio:  
Atendimento:

11/2018 23:36 - DENNIELLE MARQUES AMORIM CORREIA - COREN: 428766 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Severidade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 6 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIENTIA. REFERE VOMITO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, MOBILIZA OS 4 MEMBROS.

Observação:

SENHA 5564393

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 6

Notificado 25/11/18  
Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
VEH-HR / NEPI  
ATF

Acolhido(a) por: DENNIELLE MARQUES AMORIM CORREIA  
Data: 25/11/2018 23:36

com Classificação de Risco





EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 26/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

27.01.19  
CURATUM  
*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
Priscilla Sarmiento  
Cirurgiã Maxilo-Facial  
CRQ 197.17741





**EVOLUÇÃO**

**CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.**

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 27/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

28/01/19  
CURATIVO  
*[Handwritten signature]*

Priscilla Sarmiento  
Cirurgia Traumatologia  
Bucal Maxilo-Facial  
CRM 17710





## EVOLUÇÃO

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 28/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

*Priscilla Sarmiento*  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucco - Maxilo - Facial  
CRO-PR 12750





EVOLUÇÃO  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 29/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

*31.01.19  
face*

*[Handwritten signature and stamp]*



**EVOLUÇÃO****CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.**

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 30/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

Assinado eletronicamente por:  
KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA  
26/06/2019 17:27:49





## EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 31/01/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPOORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

*Dr. Rosa Lins*  
Residência em Cirurgia e  
Traumatologia BUCO MAXILO FACIAL  
CRQ-PE 12454





DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 01/02/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

RUBEN WILTON  
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E  
CIRURGIA PLÁSTICA

EVOLUÇÃO





EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 02/02/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

ALTA BMF MANTIDA

SUPORTE CLINICO

AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA

03.02.19  
CURATIL  
Face

09.02.19  
Jussel

02/02/2019  
Maíca





## EVOLUÇÃO

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

DAMIÃO MARCONILO DA SILVA	1058116	605/07
---------------------------	---------	--------

DATA: 03/02/19 09H57MIN

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA OSSOS DA FACE FIRMES À PALPAÇÃO, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA VISUAL E/OU RESPIRATÓRIA. APRESENTA FERIMENTO EXTENSO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO NASOFRONTAL

PACIENTE QUEIXA-SE DE ACUSIA EM OUVIDO (D)

TC DE FACE: FRATURA DE OPN E FRONTAL

CD:

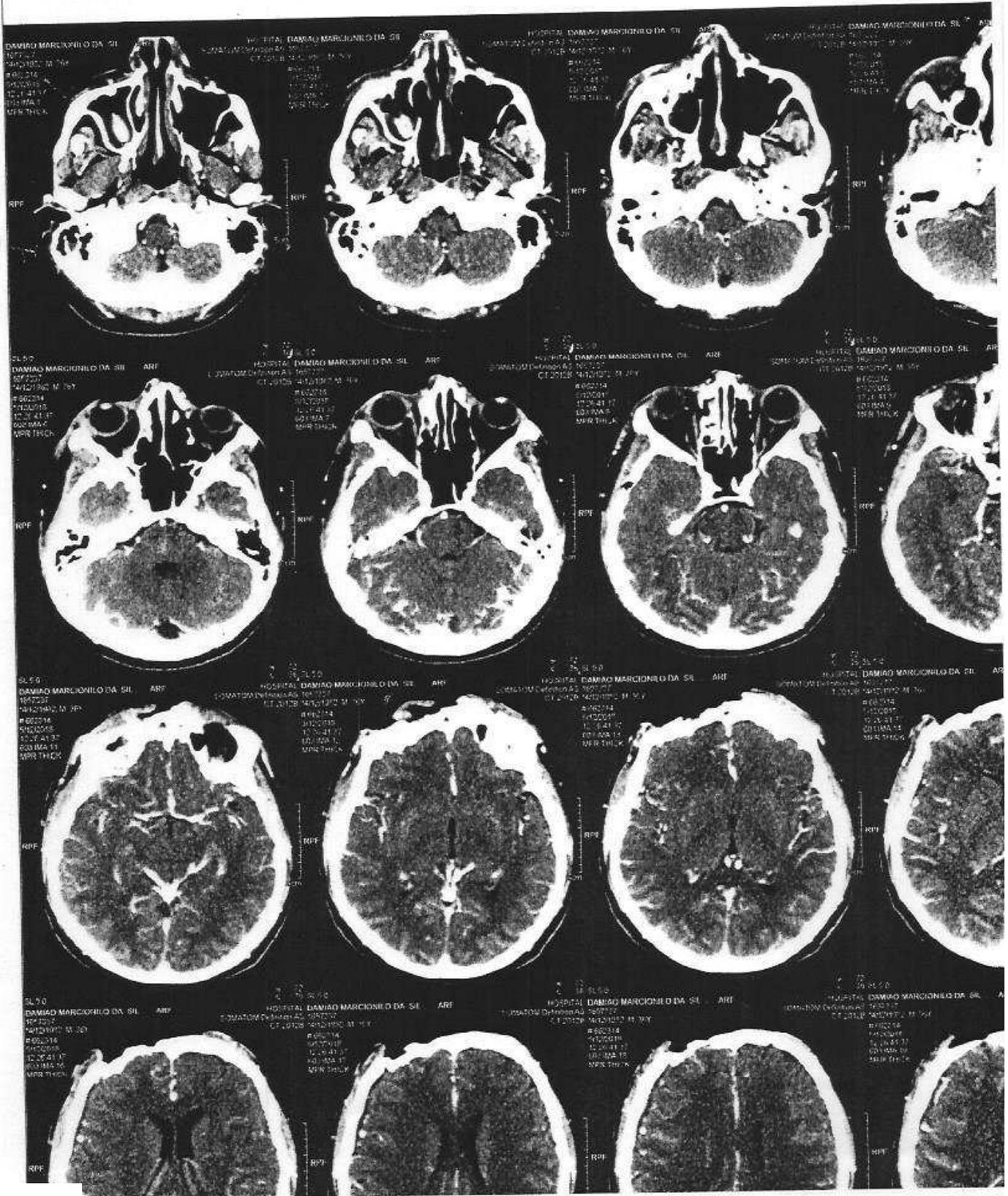
**ALTA BMF MANTIDA**

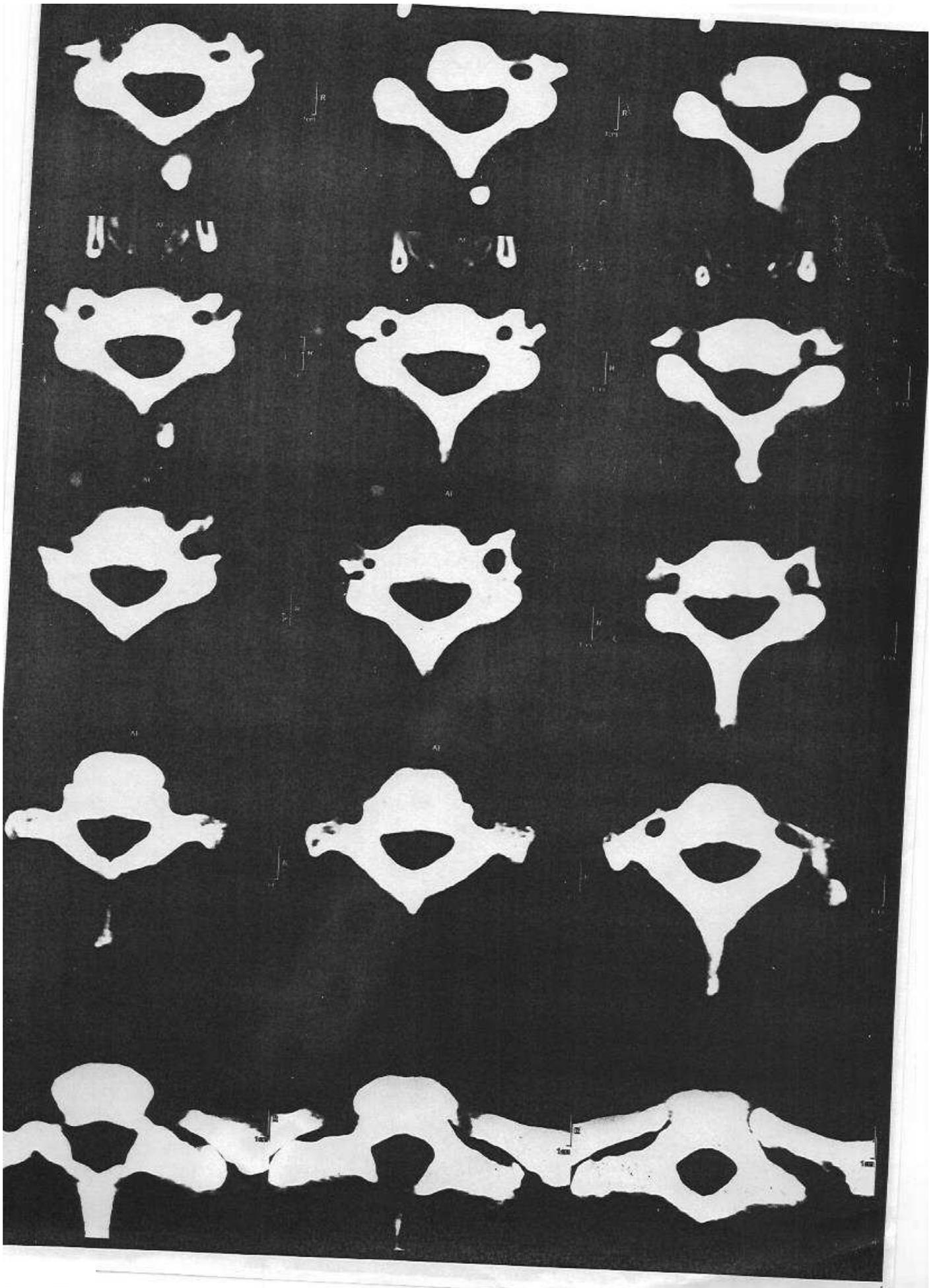
**SUPORTE CLINICO**

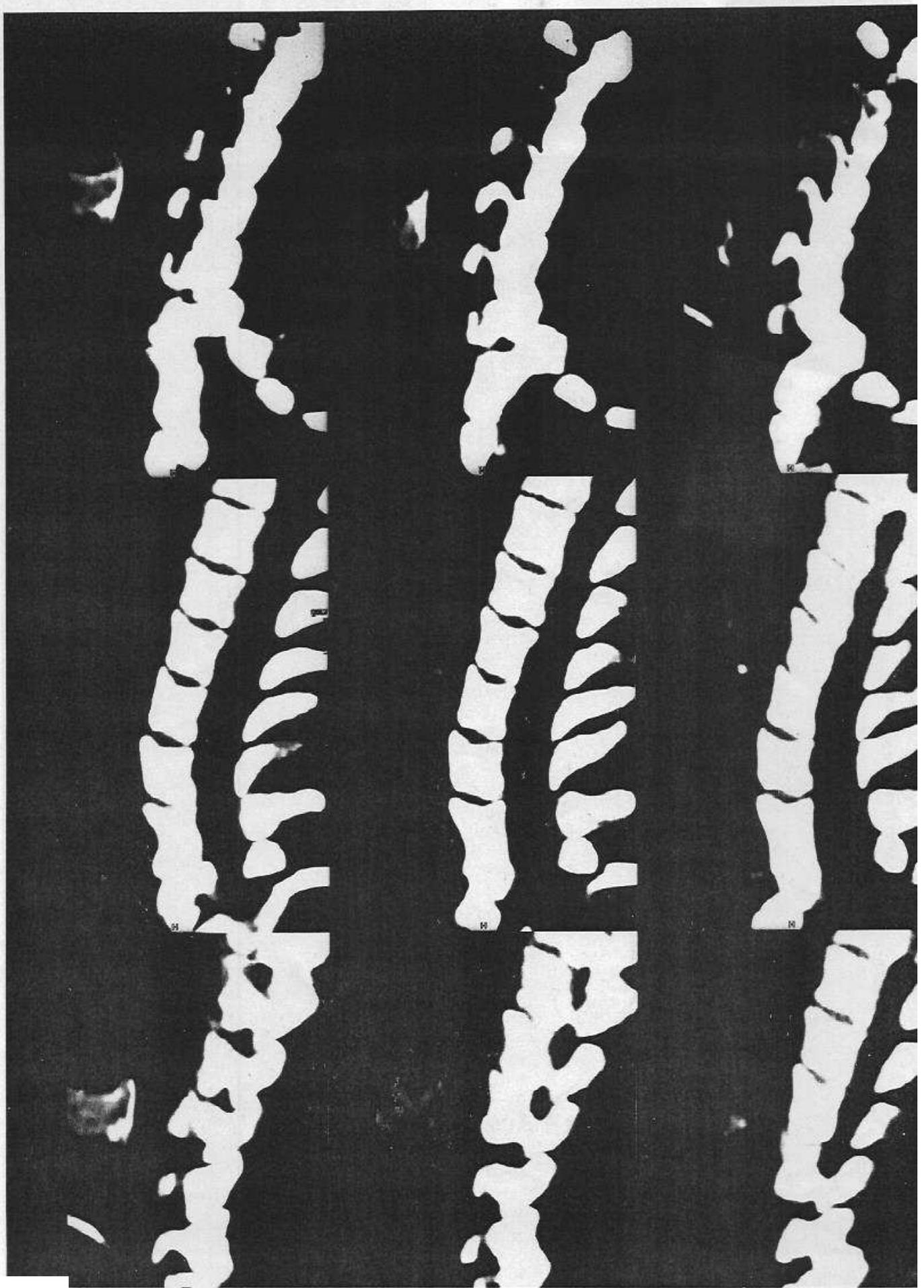
**AOS CUIDADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA**

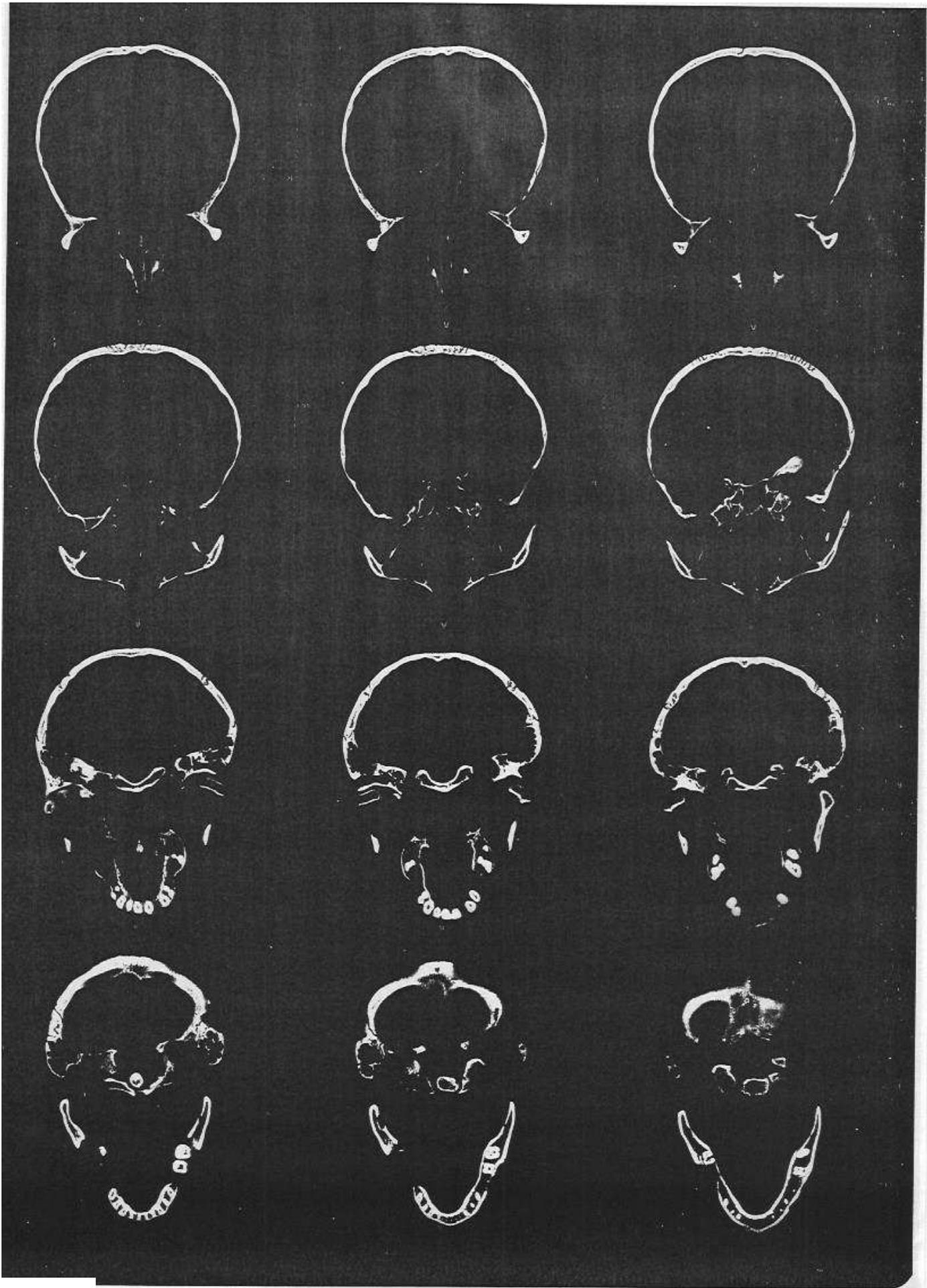
Drª Rosa Lins  
Residente em Cirurgia e  
Traumatologia Buro Maxilo Facial  
CRD - PE 12.454

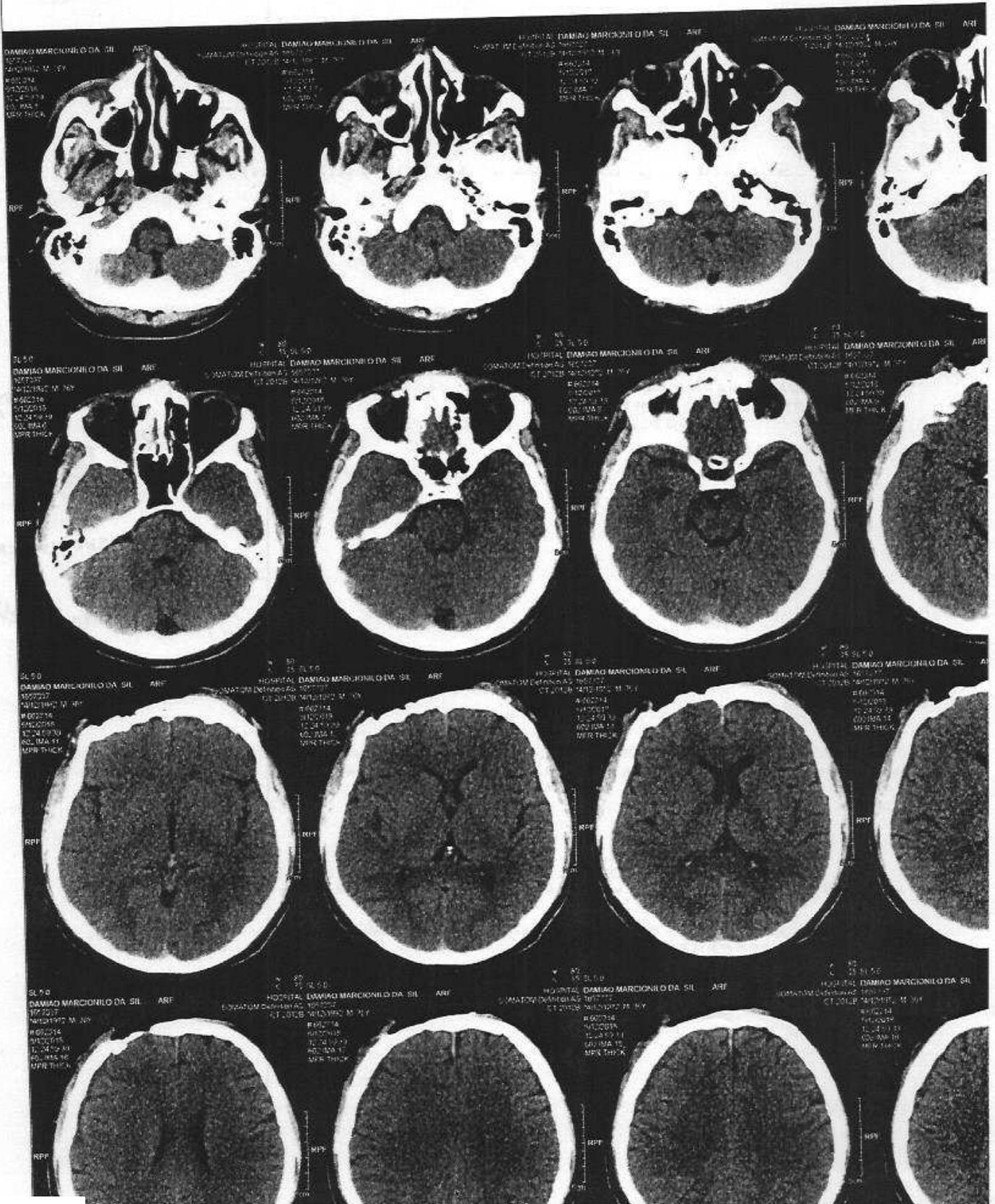


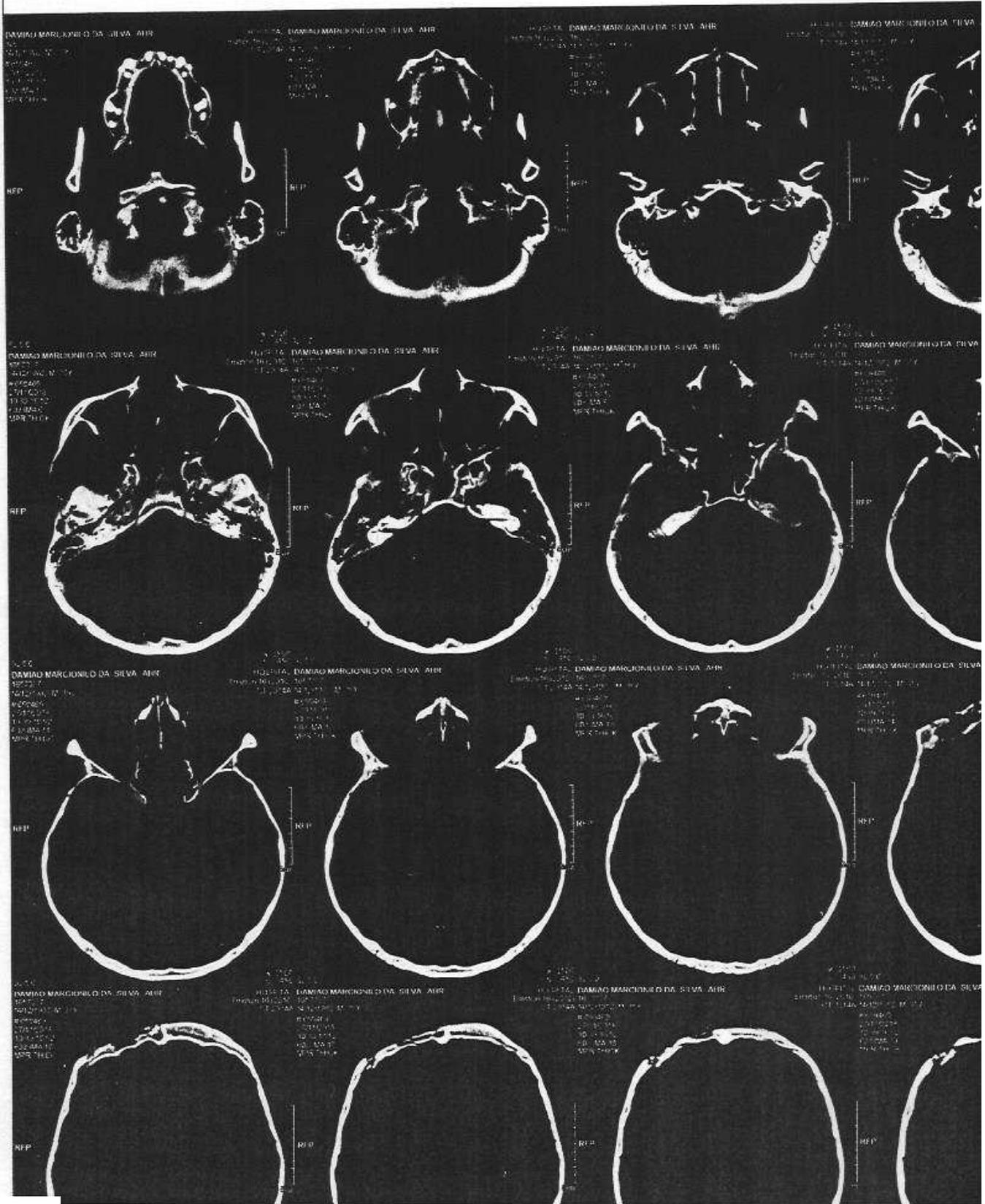


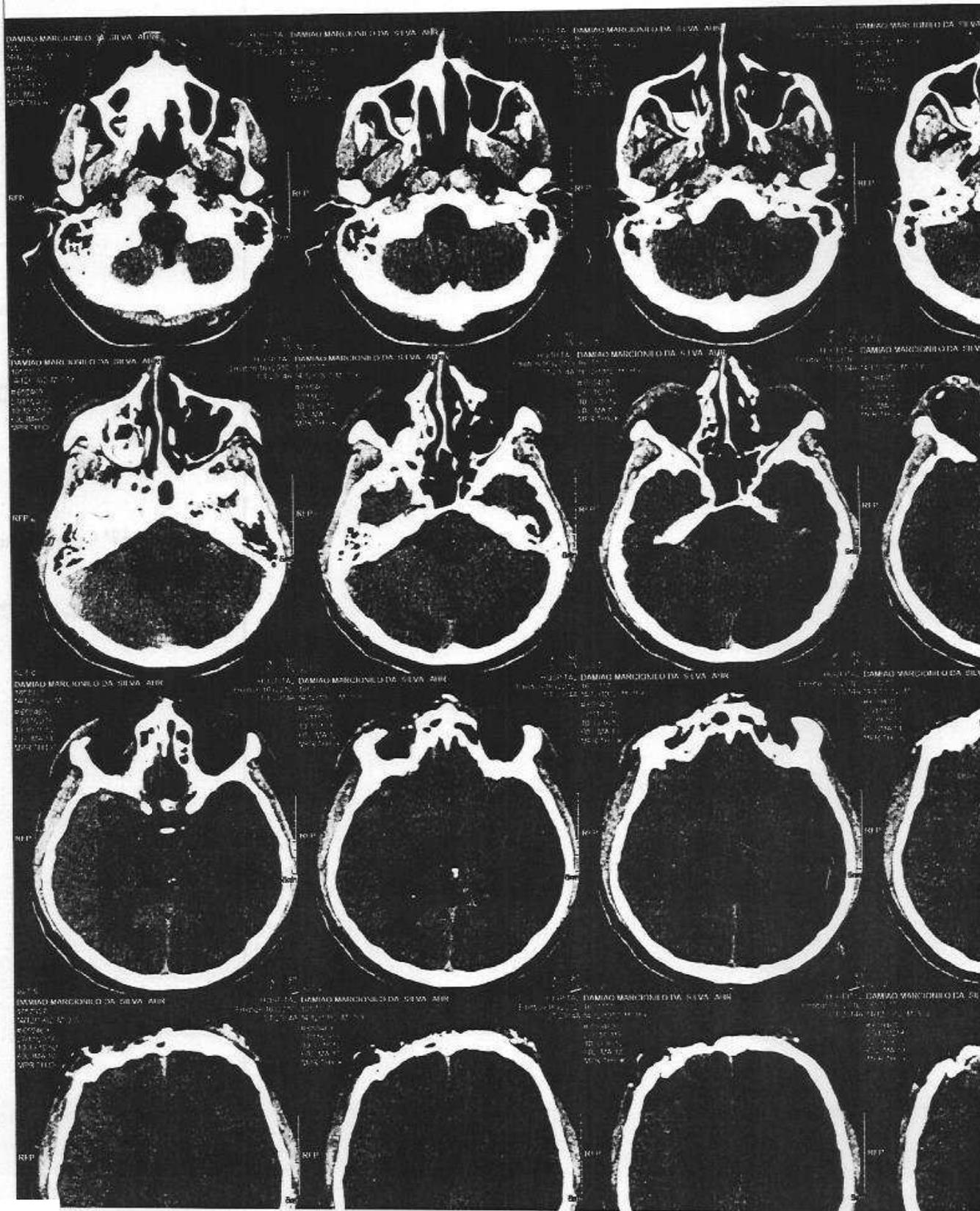


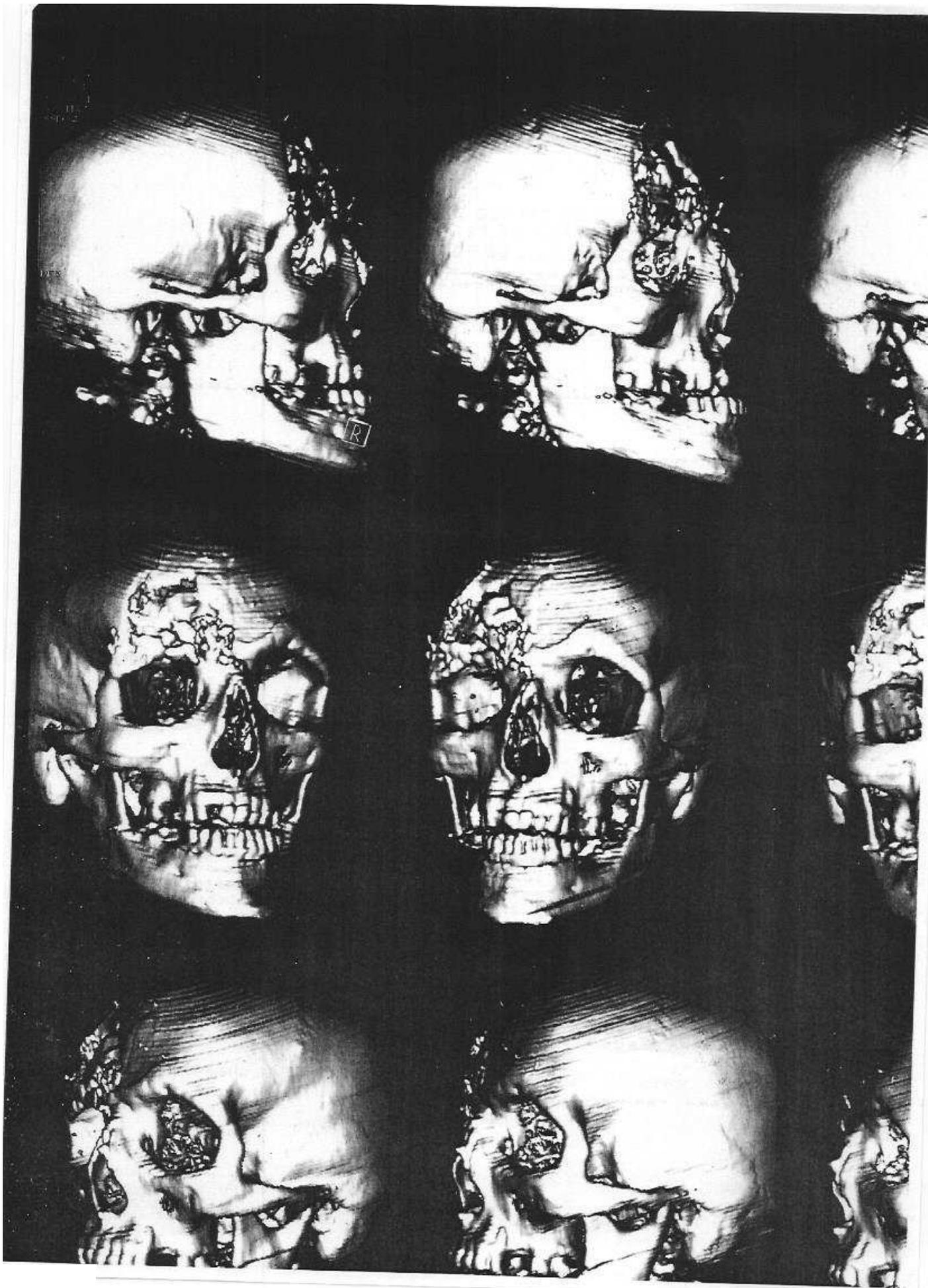


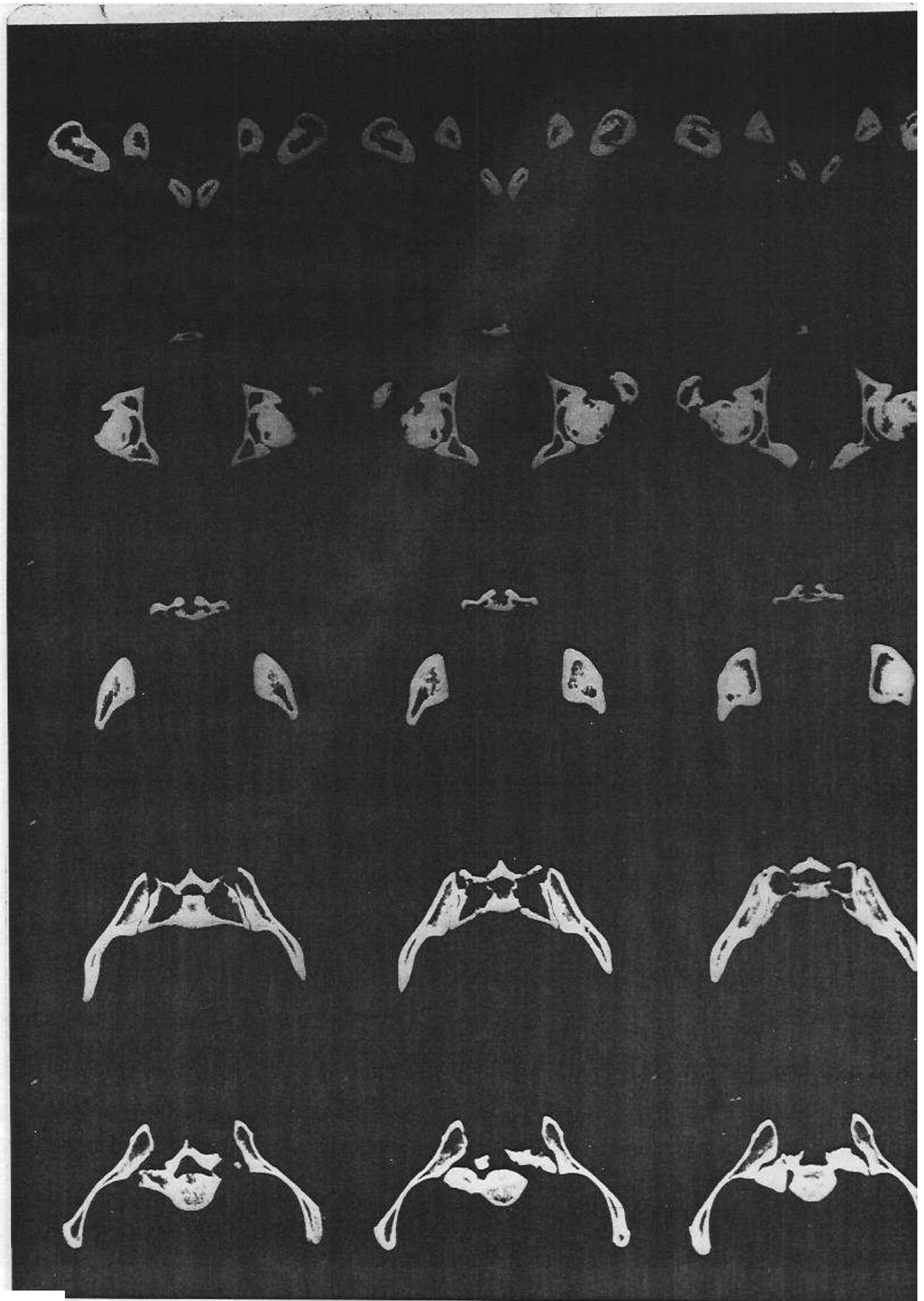


















**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18067073B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat) /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



**Atenção:** As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D6335D0714622423.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

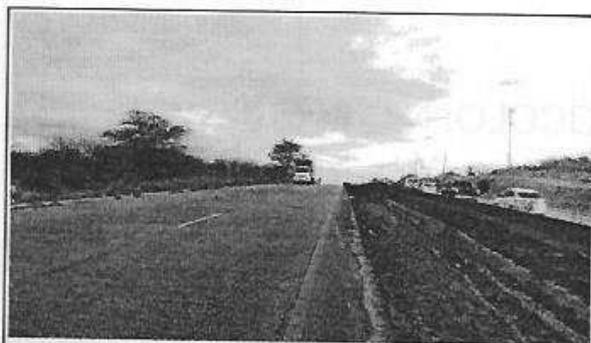
**INFORMAÇÕES GERAIS**

Data: 25/11/2018 Hora: 16:00 Município: CARUARU/PE  
BR: 232 KM: 121,6 Sentido: Crescente  
Policial responsável pelo atendimento: AUGUSTO RAMOS, 1184236

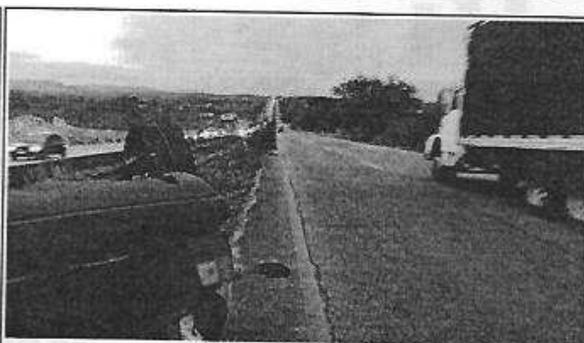
**ASPECTOS DO LOCAL**

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Não
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

**NARRATIVA**

conforme vestígios no local o v1 ( fiat uno de placas kkc-9683)seguia sentido crescente da rodovia quando por motivos ignorados saiu da pista no acostamento do lado direito e ao retornar bruscamente veio a capotar atravessou as duas faixas vindo a parar ja capotado no canteiro central.



Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matricula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D5335D0714822423.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

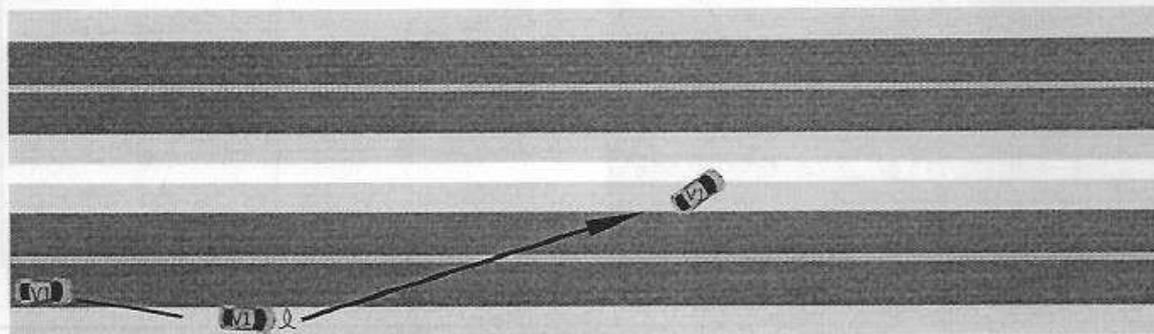


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

Local preservado

BR-232  
Km  
123,6



← BEZERROS

CARUARU →

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Capotamento	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento



Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D5335D0714822423.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - KKC9683 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Placa: KKC9683      Marca/modelo: FIAT/UNO MILLE FIRE  
Ano fabricação: 2001      Chassi: 9BD15822524325454      Renavam: 00770637442  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Tipo de veículo: Automóvel  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento      Cor: Prata  
Informações complementares: condutor socorrido pelo samu

V1 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável      Tipo de Receptor: Depósito credenciado  
Informações complementares: TRANSGUARD

V1 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D5335D0714822423.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/UNO MILLE FIRE

Placa: KKC9683

Nº BOAT: 18067073B01

Nome do Agente: AUGUSTO RAMOS

Matrícula do Agente: 1184236

Data: 25/11/2018

Item	Descrição do item	Valor	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	

Dano de Montagem: Média



Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D5335D0714822423.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba1/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D5335D0714822423.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 18067073B01

**V1 - Proprietário**

Nome: SEVERINO JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 507.974.174-00

Email:

Telefone:

Endereço: RUA ERNESTO HERCULINO, 207, TORITAMA-PE

**V1C - CONDUTOR DE V1 - DAMIAO MARCIONILO DA SILVA**

**V1C - Informações**

Nome: DAMIAO MARCIONILO DA SILVA

Data de Nascimento: 04/12/1982

CPF: 700.470.784-99

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Ignorado

Informações complementares: CONDUTOR INABILITADO

**V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor**

Categoria:

Primeira habilitação:

Nº Registro:

UF:

Vencimento da habilitação:

Motorista profissional: Não

Observações CNH:

**V1C - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**V1C - Dados do Contato**

Endereço: SEGUNDA TRAVESSA, 31, VILA ALBERTINA, SAPATEIRO, CARUARU-PE

Telefone:

Email:



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por AUGUSTO RAMOS, matrícula 1184236, Policial Rodoviário Federal, em 30/11/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18067073B01 e o número de controle 29239114A139C3D533500714822423.

**191**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE N.º 8493728827

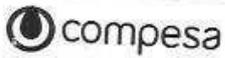
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 03.4581806

1	75887482	000 RENAVAM	RNTRC	*****
NOME/ENDEREÇO				
SEVERINO JOSE DA SILVA RUA ERNESTO MACHADO 207 CENTRO TORITAMA-PE 55125-000				
CH/ONE				
507.974.174-04 5829682				
PLACA ANTERIOR				
ANTONIO EFECITA MENDE DA SILVA				
PLACA/UF	CLASS	ESPECIE TIPO		
*****	88D1562E24663454RM	COMBUSTIVEL		
EAS /AUTOMOVEL				
MARCA/MODELO				
FIAT/UNO MILLE FIRE				
CAP/POV/CIL	CATEGORIA	ANO/FAB	ANO/IMO	
22/55CV	22/11	2001	2002	
COR/PREDOMINANTE				
BRANCA				
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA				
VEICULO EM USO SEME (EQUIVALENTE) A				
VEICULO EM USO AL SEGURO				
LOCAL	DATA			
TORITAMA-PE	09/09/13			
José Humberto Cavalcanti				
Diretor Executivo				

DETRAN

CONTRB





CNPJ 09.769.035/0001-64  
 INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASS  
 AU CARUARU-FE-55012-330

DADOS DO CLIENTE  
 ERINALDO LOURENCO DE ANDRADE MATRICULA: 6707130 Nov/2018  
 R BIBIANO ALVES LAGO, N. 00125 - - SAO JOAO DA ESCOCIA CARUA  
 RU PE 55018-690  
 INSCRIÇÃO: 041.811.055.0227.000 GRUPO: 8 DEB. AUTOMÁTICO: 006707130

SITUAÇÃO AGUA SUPRIMIDO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE UNIDADES RESIDENCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
		1		
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AVE) / N MEDIDO	

AGUA:  
 LEIT ANT:  
 LEIT ATU:  
 LEIT FAT:

CONSUMO:

ESGOTO:  
 LEIT ANT:  
 LEIT ATU:  
 LEIT F:

VOLUME: 10

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARÂMETROS	EXIG. MS 2.9%	FRAS	ATENDIM A LEGIS
09/2012	00 / 10	TURBIDEZ	166	169	168
08/2012	00 / 10	COR APARENTE	166	169	133
07/2012	00 / 10	CORO RESIDUAL	166	169	169
06/2012	00 / 10	KOLIF. TOTALS E/ COLI	166	169	166
05/2012	04 / 10		166	169	166
04/2012	06 / 10		166	169	169
MEDIA:	00 / 10		166	169	169

OBS.: (1) COLIFORMES TOTALS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTALS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
TARIFA-MÍNIMA 16,52 POR UNIDADE	10 M3	16,52

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	16,52	1,85	0,27
COFINS	16,52	7,60	1,26

VENCIMENTO: 15/12/2018 TOTAL A PAGAR: 16,52

MENSAGEM:  
 5 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 63 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 958,73. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.





*PELMA DOCUMENTO  
DA RESTAURAÇÃO  
DE CEMANAS*



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Damiano Francisco da Silva, Brasileiro,  
solteiro, Autônomo, RG nº 9.976.604 SPS-PE e CPF nº  
700.470.484-99, domiciliado na Rua Biliuano Alves  
Magalhães, nº 125, B. São João da Boa Vista, Caruaru-PE.  
Cep. 55018-690.

OUTORGADO: Kelly Jullianny Santos Ferreira, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE 30.588 e CPF nº 064.722.034-23, com escritório à Rua Marquês de Tamandaré, nº 123 - A, Centro, Caruaru/PE.

PODERES: Os das cláusulas "AD JUDICIA E EXTRA", podendo propor ações em favor do outorgante, acordar, discordar, transigir, e poderes especiais, para desistir, firmar compromisso, arrolar testemunhas, renunciar aos créditos que excederem ao teto permitido, levantar e receber alvarás em secretaria, bem como utilizar todos os meios legais para o cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecerem com ou sem reservas de poderes.

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Declaro, para fins de prova perante este juízo, que sou pobre e não tenho condições financeiras para arcar com despesas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha responsabilidade, necessitando pois, do amparo da Justiça gratuita de conformidade com a Lei de nº 1.060 de 05 de abril de 1950.

Caruaru, 17 de junho de 2017.  
2019

do Damiano Francisco da Silva

