

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** José Fernando Macedo da Silva  
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 009.334.334-21 e portador da cédula de identidade  
nº 4017436, residente e domiciliado(a) na  
Sítio Melancia,  
nº 740, bairro de Melancia,  
CEP 55340-000 na cidade de Tacaimbó / PE

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de  
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-  
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações  
judiciais.

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

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

Recife, 31 de 05 de 2019

José Fernando Macedo Silva  
Outorgante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ª CIRC  
DINTER/15ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0199000252**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/05/2018** às **09:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/1/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TACAIMBO, 1, BR 232 PROXIMO A CHESF - Bairro: CENTRO - TACAIMBO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE ( AUTOR \ AGENTE )**  
**KARLA SABRYNA BARBOSA DA SILVA ( OUTRO )**  
**JOSE FERNANDO MACEDO SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERNANDO MACEDO SILVA**

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

**JOSE FERNANDO MACEDO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO Pat: JOSE TAVARES DA SILVA Data de Nascimento: 10/7/1969 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACAIMBO, 1, BITIO MELANCIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACAIMBO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**KARLA SABRYNA BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): KARLA SABRYNA BARBOSA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERNANDO MACEDO SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGL3033 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2JC4820ER000880**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA, O SR. JOSE FERNANDO, NOTICIANDO, DE QUE ESTAVA GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO LOCAL JA CITADO, E QUE EM DADO MOMENTO FOI FECHADO POR UM VEICULO DE**



PLACA E MODELO NAO ANOTADA, E O MESMO FOI AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAO DE TACAMBO PARA O HOSPITAL DE BELO JARDIM E EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E TRANFERIDO

PARA A RESTAURACAO EM RECIFE, ONDE TEVE FRATURA NA CRAVICULA DIREITA, O MESMO VEIO ATE ESTA DELEGACIA PORQUE A SUA RESIDENCIA FICA MAIS PROXIMA A CIDADE DE CACHOEIRNHA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

X *Jose Fernando Macedo*  
JOSE FERNANDO MACEDO SILVA  
(VITIMA)

*RP*

B.O. registrado por: **ROBERTO RODRIGUES DE LIMA** - Matrícula: **159765-5**





PREFEITURA DE  
**TACAIMBÓ**  
JUNTOS, CONSTRUINDO A CIDADE QUE QUEREMOS

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA, CPF:009.334.344-21 e RG 4.017.136 -SSP-PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado ao mesmo com ID-0239, no dia 19-01-2017, às 13:58 ,BR 232 Proximo CHESF -PE ; paciente apresentando Fratura fechada em clavícula Direita , realizado imobilização e medicações conforme conduta de médico regulador .Tendo sido enviado a USB. que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para Hospital de Belo Jardim .

Tacaimbó, 03 de abril de 2018

Tiago José Vitor de Oliveira  
Coordenador SAMU  
COREN: 323.019

Tiago J. V. de Oliveira  
Coordenador SAMU  
COREN/PE 323.019

PREFEITURA MUNICIPAL DE TACAIMBÓ  
Rua Sebastião Clemente, S/N. Centro -- CEP 55.140 – 000 – CNPJ 10.091.601/0001-00  
TACAIMBÓ - PE





Prefeitura de  
**Belo Jardim**  
A mudança começa com trabalho

## HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0\*\*81) 3726.2233

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que José Fernando  
Maedo da Silva residente Sítio  
Melameia - Tacaimbó esteve internado  
neste Hospital no período de 19/01/18 à

com diagnóstico de CID:  
Sen em ombro D prontuário nº Emergência  
escoriações em face e membros

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 06/02/18

Michael Fracado Alves  
Enfermeiro  
COREN/PE 306.805

Responsável

Maria Cristina Pereira da Silva  
CNP/PE 6287  
Cristina Getal  
Hospital Julio Alves Lira





SID



SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: \_\_\_\_\_  
Data: 19/05/18  
Hora: 14:20

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

**PACIENTE**

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): \_\_\_\_\_ DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: 41.017.1136

Nome: Sr. Fernando Pádua da Silva Idade: 48A

Data de Nascimento: 10/07/69 Sexo: Masc. Cor: Preto Estado Civil: Solteiro

Naturalidade: Tacaimbó - PE Profissão: Agricultor

Endereço: Rua João Feliciano, Tacaimbó

Procedência: Tacaimbó Telefone: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL**

Responsável: O mesmo Parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Trazido por: Sarnie Tacaimbó

Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**OCORRÊNCIA**

Local do Acidente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

NATUREZA DO ACIDENTE

Casual  Acid. do Trânsito  Tentativa de Suicídio

Queda  Intoxicação  Outras Causas

Acid. do Trabalho  Agressão

**ATENÇÃO MÉDICA**

Atendimento:  Clínico  Cirúrgico

História da Doença Atual: Paciente trazido pelo SAMU

Paciente vítima de queda de mob. resolveu se apoiar nos braços do sofá e caiu.

**EXAME - FÍSICO**

Pressão Arterial: 160x110 Pulso: 116 bpm Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

62kg / 1,70m Comissuras e orifícios normodivinosidade atual

Diagnóstico Provisório: HRA 5344870

Dr. José ... de Assis CRM/PE 6287 Hospital Júlio Alves Lira

Maria Cristina Perreira da Silva CRM/PE 6287 Diretora Geral Hospital Júlio Alves Lira

Maria Dora





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o  
Sr. (a) JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA  
Esteve interno nesta unidade hospitalar no dia 19/01/2018

REGISTRO: 283.229

Diagnóstico: FRATURA CLAVICULA.

Tratamento: TRANSFERIDO.

1.OBS.: CID 10 S42

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

01 07 10245  
P. de Araripe  
de Araripe  
07 01 10245  
P. de Araripe  
de Araripe

Caruaru 13 de MARÇO 2018

*JOSE LDO MARQUES*  
Setor de arquivo (same)

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.





### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1619896	ATENDIMENTO: 00922552
DATA DE NASCIMENTO: 10/07/1969	FOI ATENDIDO EM: 20/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 23/01/2018 ÀS 15:30	

**Diagnóstico Provável:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLUINDO COM FRATURA FECHADA DE CLAVICULA E ESCAPULA DIREITA, SEM COMPROMETIMENTO NEUROVASCULAR, SEM LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE ARTICULAR.

CID: S420 + S429

**Tratamento Realizado:**

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA

**Observação:**

MANTER TIPOIA AMERICANA  
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 120 DIAS

**Encaminhado para:**

AMBULATORIO DE DR TIAGO JUSTO

Dr. José Vinícius Gomes dos Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 25516

JOSE VINICUIS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 22, JANEIRO ,2018

**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.

*Handwritten signature/initials*

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400





*Triagem*



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

*600-3*

Atendimento: 922552  
Paciente: JOSÉ FERNANDO MACEDO DA SILVA  
Nome Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO  
End: SÍTIO MELACIA  
Bairro: CENTRO  
Cidade: TACAIMBO  
Nascimento: 10/07/1969  
Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUÍTE 3A  
Leito: 600-L03  
Data e Hora Atendimento: 20/01/2018 11:00  
Serviço: CIRURGIA GERAL

<b>922520</b>		Data e Hora de Atendimento: 20/01/2018 11:37	Local de Entrada: EMERGENCIA
Cod. Paciente: 1619896		Paciente: JOSÉ FERNANDO MACEDO DA SILVA	
Data de nascimento: 10/07/1969		Idade: 48a 6m 12d	
Estado Civil: SOLTEIRO		Sexo: MASCULINO	
Profissão:		Acompanhante: JOAO BENTO	
DOC ID / Data expedição 4017136 / 28-Feb-00		Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO Pai: JOSE TAVARES DA SILVA	
Endereço: SÍTIO MELACIA Bairro: CENTRO Cidade: TACAIMBO		Cartão SUS: 701406649137137 Numero 1 Complemento: UF: PE Telefone: 94523731	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO			
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:		Assistente Social	
História Clínica: <i>Queda de moto. Queda de apêndice. Epitaxia. Ela está no 2º andar há 4 m. D dor TC de crânio: fratura troyanod + pequena hemorragia giro esnoide.</i>			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Transporte realizado Por:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Exame Físico:			
A: Geral		Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:	
<i>→: 12/12/18 12/12/18</i>			
B: Respiratório			
C: Circulatório			
PA: X mm		Pulso: bpm	

**ATENDIDO**

*[Signature]*

20 de 18  
*[Signature]*



Senha: 5345324

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

Unidade de Saúde <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</b>		Município <i>Caruaru</i>	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>José Fernando Macedo da Silva</i>				
Quadro Clínico <i>TCE associado a otorrinja e vertigem interna</i>				
Diagnóstico <i>TCE</i>				
1ª REMOÇÃO	Destino <i>Hospital da Restauração</i>	Município <i>Recife</i>	H. de Saída	H. de Entrada
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO) <i>Atendimento da NCR</i>			
	Assinatura do Médico Assistente <i>Dr. Italo Jorge Lira</i> Cirurgião Geral CRM/PE 22000	Nº do C.R.M. <i>22000</i>	Data <i>20-01-18</i>	
2ª REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída	H. de Entrada
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)			
	Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	
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

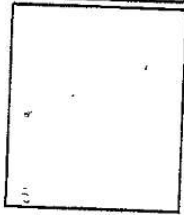


# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

20/01/2018 11:38



Nome Paciente: JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 10/07/1969  
Sexo: Masculino  
Idade: 48  
Senha: U0018  
Convênio:  
Atendimento:

20/01/2018 11:38 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 1 DIA , NEGA VOMITOS , COM RELATO DE PERDA DE CONCIENCIA , CEFALEIA , OTORRAGIA BILATERAL E ORAL , COM TONTURAS, CO M DOR EM OMBRO ESQ

Observação:

HRA - CARUARU  
5345324

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA  
Data: 20/01/2018 11:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Fernando

1619896

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/01/18 - 16:15

# Trauma:

Pct vítima de acidente motociclístico, apresentando dor em Ombro D Ao exame: Suro vascular preservado Lesões escarificadas...

ADM prejudicada pelo dor. Checa Rx c/ fr de clavícula + fr de globo da glenóide. CD: Ombros plásticos?

CD: Solicito TC

Internamento após alta dos outros exames.

Alto BMF

Dra. Tereza Cristina Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 29238

# CT BMF # 20/01/18 16:03

Paciente cl dist. de acidente motociclístico. No exame físico contido, ouien todo, eufônico, mucosas coradas, ECG rug. No exame BMF apresenta escarificações em face. Aíqui los visuais de ou respiratórias, maxila mandibular e OPU enrijecida. Exame ou ilio-gast: O Exame ou ilio-gast. em 10000 OTOFORE

CD: O Exame físico.

Alto BMF

Dra. Caroline Ferro  
Cirurgia de Otorrinolaringologia  
Buro de Otorrinolaringologia  
Residente em Otorrinolaringologia  
CRQ-PE 12068

23/01 Pedezado turquesa  
18 nas escarificações,

1 Janeiro.

COD. 0123



Paciente: Jose Fernando Macedo Data: 20/01/17

Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (deort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Franquel: _____ A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____ Venoclise: <input checked="" type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
Dieta <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
Eliminações Intestinais: <input checked="" type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____ Diurese <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____ Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Pareceres: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): <u>- segue aos cuidados</u> <u>- paciente de alta do NRE + CO, Dger</u> <u>- alta da UNB</u> <u>- alta de C. geral</u>		
Ass: _____		

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras Inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (deort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Franquel: _____ A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quais: _____ Venoclise: <input type="checkbox"/> AVP <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
Dieta <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____ Diurese <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____ Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____ Queixas: _____ Exames: _____ Pareceres: _____ Observações (Diurnas / Noturnas): Diurno: _____ Ass: _____		









600-03



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital da Restauração**

2 - CNES  
**0000655**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
**Jose Eduardo Macedo da Silva**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
**1619896**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL  
**pac de ombro (D) + reconstrução 3D (faveles pl/oss).**

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente af. fratura de escápula e clavícula necessite de estudo em corte coronar, sagital e 3D.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
**PROFISSIONAL SOLICITANTE**  
*Dr. José Vinícius dos Santos*

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
**22/01/18**

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  
*Dr. José Vinícius dos Santos*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE: 25516

### AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
**/ /**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)  
**REALIZADO**  
**EDUARDO**



## SINISTRO 3190301432 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 00933434421

### Posição em 31-05-2019 11:40:39

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/05/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Fernando Macedo da Silva,  
brasileiro(a), estado civil casado,  
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 009.334.334-21, e portador da cédula de  
identidade nº 4037436, residente e  
domiciliado(a) Sítio Melancia  
740, bairro Tacaimbó,  
CEP 55140-000 na cidade de  
Tacaimbó / PE.

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

Recife, 31 de 05, de 2019.

NOME: X José Fernando Macedo Silva



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

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



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

<b>DADOS DO CLIENTE</b> JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA CPF: 009.334.344-21	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>14/05/2019</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>17,29</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 07/05/2019 <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 07/05/2019 <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 060767150	<b>CONTA CONTRATO</b> 002069754018 <b>Nº DO CLIENTE</b> 2001142890 <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> 0003800066
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI MELANCIA 740  TACAIMBO/MELANCIA 55140-000 TACAIMBO PE	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL</b> <b>Monofásico</b>		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>	<b>RESERVADO AO FISCO</b> <b>E24E.C093.9938.1362.7A33.54C8.29D6.8600</b>		

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,40636300	12,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Multa por atraso-NF 057020234 - 05/04/19			0,30
Multa por atraso-NF 026788650 - 07/08/18			0,27
Multa por atraso-NF 053181722 - 09/03/19			0,29
Juros por atraso-NF 057020234 - 05/04/19			0,02
Juros por atraso-NF 026788650 - 07/08/18			1,14
Juros por atraso-NF 053181722 - 09/03/19			0,16
Atualização IGPM-NF 057020234 - 05/04/19			0,03
Atualização IGPM-NF 026788650 - 07/08/18			0,60
Atualização IGPM-NF 053181722 - 09/03/19			0,23
Contribuição CERAPE - (081) 3722-8900			2,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>17,29</b>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00
12,25	1,16	0,14
12,25	5,37	0,65

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,37982750	MAI 19	30
		ABR 19	38
		MAR 19	38
		FEV 19	30
		JAN 19	30
		DEZ 18	30
		NOV 18	35
		OUT 18	36
		SET 18	30
		AGO 18	31
		JUL 18	42
		JUN 18	35
		MAI 18	31

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	5,12	41,80	
Transmissão	0,76	6,20	
Distribuição (Celpe)	3,55	28,98	
Encargos Setoriais	0,91	7,43	
Tributos	0,79	6,45	
Perdas de Energia	1,12	9,14	
<b>TOTAL</b>	<b>12,25</b>	<b>100</b>	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MA09896	CAT	05/04/2019	9.959,00	07/05/2019	9.989,00	32	1,00000	0,00	30,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/06/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	0,00	11,01	22,03	44,07
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	7,59	15,19	30,39
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,98	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 16,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 6,06					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002069754018	05/2019	17,29	14/05/2019	<b>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</b> <b>Este canhoto será usado em leitora ótica.</b>

Atendimento: [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) / [www.ndp.dcsbrucfs.com.br](http://www.ndp.dcsbrucfs.com.br) / [www.homenoenergia.com.br](http://www.homenoenergia.com.br) / [www.soylet.com.br](http://www.soylet.com.br) / [www.login.neoenergia.com.br](http://www.login.neoenergia.com.br) / [www.rfcc.com.br](http://www.rfcc.com.br) / [www.servicos.celpe.com.br](http://www.servicos.celpe.com.br) / [www.fatura.com.br](http://www.fatura.com.br)



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906132219317300000045959556>

Número do documento: 1906132219317300000045959556

31/05/2019

2a Via de Fatura



imento.celpe.com.br/NDP\_DCSRUCES\_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?redifatura=t... 2/2



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061322193173000000045959556>  
Número do documento: 19061322193173000000045959556