

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO FEDERAL 4.017.136 DATA DE EXPEDIÇÃO 28.02.2000

NOOME

JOSÉ FERNANDO MACEDO DA SILVA

FILIAÇÃO José Tavares da Silva
Camila Santina de Macedo

NATURALIDADE Tacaimbó-PE DATA DE NASCIMENTO 10.07.1969

DOC ORIGEM C.N.2229-F.127-L.02.Cart.de Tacaimbó-PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TAVARES BURIL

1R-56

José Fernando Macedo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
JOSÉ FERNANDO MACEDO DA SILVA

Nº de inscrição
009334344-2

Data de Nascimento
10/07/69

009334344-2

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FISICAS - CPF, emitido e assinado por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

José Fernando Macedo da Silva
Assinatura

JOSÉ FERNANDO MACEDO DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO Nº: 21/08/88

José Fernando Macedo da Silva



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, 33 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 - Culposo (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, SÍTIO 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 SAUO 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
Melânea - 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 Machado Alves
Enfermeiro
COREN/PE 306.808

Responsável

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



S/D



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

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

Nome: Sr. Fernando Pereira da Silva Idade: 48A
 Data de Nascimento: 10/07/69 Sexo: Masc. Cor: Branco Estado Civil: Solteiro
 Naturalidade: Tacaimbó - PE Profissão: Agricultor
 Endereço: Rua São Sebastião, Tacaimbó
 Procedência: Tacaimbó Telefone: _____

RESPONSÁVEL

Responsável: O mesmo Parentesco: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Trazido por: Sane 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 SAM
 Paciente relata dor de cabeça de mo.b. localizada e referida nos ombros direito e esquerdo em face e nuca.

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: 160x110 Pulso: 116 bpm Temperatura: _____ Peso: _____

62.4 / 1.71 Com snt e orientado
 Hemodinamicamente estável

HRA 5344870

Diagnóstico Provisório: _____

Dr. José Wellington C. de Assis
 MÉDICO
 CRM/PE: 26.638

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





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

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

07/01/2018
Hospital Regional da Araripe
Caruaru - PE

Caruaru 13 de MARÇO 2018

JOSEILDO 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
E: 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

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
Barrio: CENTRO
Cidade: TACAIMBO
Nascimento: 10/07/1969
Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUÍTE 13A
Leito: 600-L03
Data e Hora Atendimento: 20/01/2018 11:00
Serviço: CIRURGIA GERAL

922520		Data e Hora de Atendimento: 20/01/2018 11:37	Local de Entrada: EMERGENCIA
Cod. Paciente: 1619896		Paciente: JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA	
Data de nascimento: 10/07/1969		Idade: 48a 6m 12d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JOAO BENTO	
DOC ID / Data expedição 4017136 / 28-Feb-00	Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO	Cartão SUS: 701406649137137	
Pai: JOSE TAVARES DA SILVA		Numero 1 Complemento:	UF: PE Telefone: 94523731
Endereço: SÍTIO MELACIA Bairro: CENTRO Cidade: TACAIMBO			
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO			
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:			
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. Queixa de aperto cervical. Ela está no 2º andar há 4 m. D dor TC de crânio: Fratura tympanal + pequena hemorragia no epinotal.</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 mmHg	Pulso:	bpm

ATENDIDO

[Handwritten signature]

22 de 12
[Handwritten signature]



Senha: 5349324

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Unidade de Saúde		Município		Região de Saúde					
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		Caruaru							
Nome do Paciente									
Joni Fernando Macedo da Silva									
Quadro Clínico									
TCE associado a dor e vertigem intensa									
Diagnóstico									
TCE									
1ª REMOÇÃO	Destino		Município		H. de Saída		H. de Entrada		
	Hospital da Restauração		Recife						
	MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)								
Audição da NCR									
Assinatura do Médico Assistente			Nº do C.R.M.		Data				
Dr. Italo Jorge Lira Cirurgião Geral CRM/PE 22000			22000		20-01-18				
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									
Confirmo o Motivo Administrativo									
Enfermeira Chefe do Plantão									
Unidade Prestadora do Atendimento						Município			
Especificação do Atendimento Prestado									
Assinatura do Responsável			Nº do C.R.M.		Data				

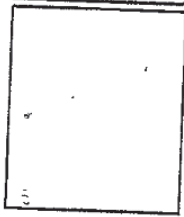


HOSPITAL DA RESTAURACAO

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

Traumatia:

Pct vítima de acidente motociclístico, apresentação dor em Ombro D Ao exame:

Sauro vascular preservado (lesões escuras)...

ADM prejudicada pelo dor. Check Kx c/

fx de clavícula + fx de gola da glenóide.

CD: Ombros Pluritrauma?

CD: Solicito TC

Internamento após alta dos outros

órgãos.

Alto Bmf

Dr. Tito Correia Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 29298

CT Bmf # 20/01/18 16:53

Paciente cl hist. de acidente motociclístico. no momento consciente, orientado,

espúrico, mucosas coradas, Ec. rug. no exame

Bmf oporiente apresenta escoriações em face

Alarg. dos vias aéreas ou respiratórias, maxila

mandibular e ORN enrijecida. Exame ou imo-

gati. O Bmf usou gema prot. em 1999 no topo.

CD: 1 Exame físico.

Alto Bmf

Dra. Caroline Ferro
Cirurgia de Otorrinolaringologia
Bulvar do Hospital Facial
Residente F.O.S. F.O.P.I.U.P.
CRQ-PE 12068

23
01
14 nas escoriações,
1 Jumento.



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

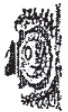
Enfermaria: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

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 (decoreb. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (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: _____ Venóclise: <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): - segue aos cuidados - paciente de alta de NOR + CO, Dger - alta da UNB - alta de C. geral 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 (decoreb. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (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: _____ Venóclise: <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: _____		





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO



Alice
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

600-03

TRATAMENTO AVC

MEDICAMENTO	DOSE	ENF./LEITO		REGISTRO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA
		VIA	INTERN.										
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %	1500 ml	IV	24h	16/19896	20/10/18	18:18	22.01	23:01	11				
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD		IV	12/12h					1-2-3					
3 - PLASIL + AD		IV	S/N					10	23				
4 - DIPIRONA (2.8) AD		ATE	8/8h					S/N					
5 - LIQUEMINE 0,25ml. OU CLEXANE 40.		IV	S/N					18:18	24				
6 - CAPOTEN 25 01CP SEPAS > 180 OU PAD > 110mmHg.		ATE	6/6h					18					
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT 0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un		SC	12/12h										
AAS 100 Tyfotel 20-8, EV, 18/18		SC	/DIA										
	02CP	VO/ SNG	12h					22-06	24	10	22		
CUIDADOS													
1. DIETA ZERO ATÉ Z-ORIENTAÇÃO limo, após ato de BPF													
2. MEDIR DIURESE SVD PRESERVATIVO													
3. HGT / h													
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h													
5. CABECEIRA 30°													
6. SSVV / h													
<p>ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>Dr. TIO CORTEZ FILHO Opede 17 Tamara Olga Opede 17 Tamara Olga</p>													

Cod. 0422



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 Fernando 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 com história 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
22/01/17

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

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

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
REALIZADO
22.01.17
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
nº 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

DADOS DO CLIENTE JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA CPF: 009.334.344-21	DATA DE VENCIMENTO 14/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 17,29	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 07/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 060767150	CONTA CONTRATO 002069754018 Nº DO CLIENTE 2001142890 Nº DA INSTALAÇÃO 0003800066
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI MELANCIA 740 TACAIMBO/MELANCIA 55140-000 TACAIMBO PE	CLASSIFICAÇÃO B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO E24E.C093.9938.1362.7A33.54C8.29D6.8600			
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 www.celpe.com.br			

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
TOTAL DA FATURA			17,29

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
TOTAL	12,25 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	
MA09896	CAT	05/04/2019	9.959,00	07/05/2019	9.989,00	30,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES						
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, DMIC e DICRI a qualquer tempo.						

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

imento.celpe.com.br/NDP_PCSRUICS5-Drbomo.neologia.com.br/secure/login.neoenergia.com/RFCG-Genovassa-Servico-Rede/fatura=t... 1/2

