

2018062924



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Fernando Macedo da Silva  
brasileiro(a), estado civil Casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 009.334.324-21 e portador da cédula de identidade  
nº 4.017.136, residente e domiciliado(a) na  
Sítio Melancia  
nº 740 bairro Melancia de PE  
CEP 55340-000 na PE cidade de  
Tacaimbó

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](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, 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 POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA - DP109ºCIRº  
DINTER1/15ºDESEC



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** M&eacute;: **CAMILA SANTINA DE MACEDO** Pel: **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, SITIO 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 GUARDANDO A REFERIDA MOTOCICLETA NO LOCAL JÁ 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 G SAMU DE TACAIMBO PARA O HOSPITAL DE BELO JARDIM E EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E TRANSFERIDO

PARA A RESTAURACAO EM RECIFE,ONDE TEVE FRATURA NA CRAVICULA DIREITA,O MESMO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA PORQUE A SUA RESIDENCIA FICA MAIS PROXIMA A CIDADE DE CACHOEIRINHA.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)  


B.O. registrado por: ROBERTO RODRIGUES DE LIMA - Matrícula: 159765-5 109 Circunscrição



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061322193134700000045959559>  
Número do documento: 19061322193134700000045959559

Num. 46670828 - Pág. 2



## 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 .

Tacaímbó, 03 de abril de 2018

Tiago José Vitor de Oliveira  
Coordenador SAMU  
COREN: 323.019

Tiago J. V. de Oliveira  
323.019  
COREN/PE

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





## 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  
Macedo da Silva, residente Distrito,  
Milâmeia - Tarembó esteve internado  
nesta Hospital no período de 19/01/18 à

Dan Im Ombro (D) prontuário nº 6m1mgm1ea  
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.

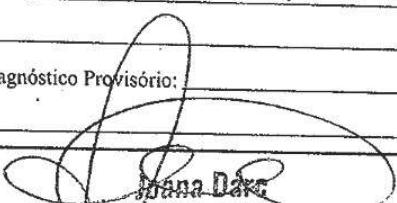
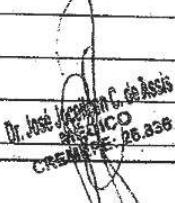
Belo Jardim 06/02/18

Responsável

Michael Machado Alves  
COREN/PE 15.305.809

Maria Cristina Pereira da Silva  
CRN/PE 6227  
Dra. Maria Geraldo  
Hospital Julio Alves Lira



 <p>Prefeitura de <b>Belo Jardim</b> A mudança começa com trabalho</p>		<p style="text-align: center;">SJD</p> <p><b>SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO</b>  <b>HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA</b></p> <p><b>FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR</b></p>	<p>Registro N°: <b>1905118</b></p> <p>Data: <b>11/06/20</b></p> <p>Hora:</p>
<p>Unidade de Saúde: <b>HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA</b></p>			
<b>PACIENTE</b>	NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF:
	Nome: <b>José Fernandes Góes da Silva</b>		Idade: <b>78</b>
	Data de Nascimento: <b>10/07/09</b>		Sexo: <b>Masculino</b> Cor: <b>Pardo</b> Estado Civil: <b>Sócio</b>
	Naturalidade: <b>Itaipuibe - PE</b>		Profissão: <b>Agricultor</b>
<b>RESPONSÁVEL</b>	Endereço: <b>Rua José Góes da Silva - Itaipuibe</b>		Telefone:
	Procedência: <b>Itaipuibe</b>		
	Responsável: <b>O mesmo</b>		Parentesco: _____
	Endereço: _____		Fone: _____
<b>OCORRÊNCIA</b>	Endereço: <b>Samu Tacaimbo</b>		Fone: _____
	Local do Acidente:		Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____
	<b>NATUREZA DO ACIDENTE</b> <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Acid. do Trânsito <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outras Causas <input type="checkbox"/> Acid. do Trabalho <input type="checkbox"/> Agressão		
	Atendimento: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico		
<b>ATENÇÃO MÉDICA</b>	<p>História da Doença Atual: <b>Parente trazido pelo SAMU</b></p> <p><b>Acidente violento de queda de muro.</b>  <b>Musloscolos e resqueiro das pernas em ambos os membros.</b></p> <p><b>Exame Físico</b></p> <p>Pressão Arterial: <b>160x100</b> P脉: <b>167</b> Temperatura: _____ Peso: _____</p> <p><b>167 116</b></p> <p><b>60x100 167 116</b></p> <p><b>Conservado e enselado</b></p> <p><b>Homodinâmico</b></p> <p><b>5344870</b></p> <p><b>Dr. José Joaquim C. de Assis</b>  <b>CRM/PE 26.838</b></p> <p><b>Dr. Maria Cristina Pereira de Oliveira</b>  <b>CRM/PE 6287</b></p> <p><b>Dr. Dirceu Júlio Alves Lira</b>  <b>Hospital Júlio Alves Lira</b></p>		
	Diagnóstico Provisório:		
			
			





**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**

Caruaru 13 de MARCO 2018

*205 (LDO MANQUEI)*

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



## 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 G dos Santos  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM: 25516

JOSE VINÍCIUS 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.

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

REC



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061322193142500000045959558>  
Número do documento: 19061322193142500000045959558

Num. 46670827 - Pág. 5



*triagem*

Secretaria de Saúde do Estado de P.  
Hospital da Restauração

Número do Registro

6º Sul  
600-3

## Ficha de Atendimento

Atendimento: 922552  
Paciente: JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA  
Nome Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO  
End: SITIO MELACIA  
Bairro: CENTRO Cidade: TACAIMBO  
Nascimento: 10/07/1969 N° PE  
Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - SA  
Leito: 800-L03 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Data e Hora Atendimento: 20/01/2019 13:00

922520	Data e Hora de Atendimento: 20/01/2018 11:37	Local de Entrada: EMERGENCIA
Atendimento Manual :		
Cod. Paciente: 1619896 Paciente: JOSE FERNANDO MACEDO DA SILVA	Idade: 48a 6m 12d	Sexo: MASCULINO
Data de nascimento: 10/07/1969	Mãe: CAMILA SANTINA DE MACEDO	Acompanhante: JOAO BENTO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:	DOC ID / Data expedição 4017136 / 28-Feb-00	Cartão SUS: 701406649137137
Endereço: SITIO MELACIA	Bairro: CENTRO	Numero 1
Cidade: TACAIMBO	Complemento:	UF: PE Telefone: 94523731
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO		
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome: onfirmação de endereço:	Fones:	Assistente Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> 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: <i>Queda de moto. Queda de aparelho.</i>	<i>Aturado</i>	Assistente Social
História Clínica: <i>Queda de moto. Queda de aparelho.</i> <i>Episódio.</i> <i>Erteks, Ido, Remédio Mal osk m.</i> <i>Dtorca</i> <i>TC de cima: Fratura tibial proximal + perna</i> <i>lombalgia pós operatório.</i>		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por:	Atendimento Médico	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pélvica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
<i>ed. Dificuldade de falar</i>		
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	P脉搏: bpm
<i>81, 170</i>		
<i>22/01/18</i>		
<i>Eduardo</i>		



Serhia: 5345324

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

Unidade de Saúde	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	Município	Região de Saúde
Nome do Paciente	Juli Fernando Marinho da Silva		
Quadro Clínico	TCE arteriada e trombose e vertigem intensa		
Diagnóstico	TCE		
1 <sup>a</sup> REMOÇÃO	Destino	Município	H. de Saída H. de Entrada
	Hospital da Restauração	Recife	
MOTIVO (REGISTRO DETALHADO)	Aviação da NCR		
Assinatura do Médico Assistente	Dr. Italo Jorge Lira CRM-PE 22000	Nº do C.R.M.	Data
		22000	20-01-18
2 <sup>a</sup> 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			
Enfermeira Chefe do Plantão			
Carimbo / Assinatura			
Confirmo o Motivo Administrativo			
Unidade Prestadora do Atendimento	Carimbo / Assinatura		
Especificação do Atendimento Prestado	Município		
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data	

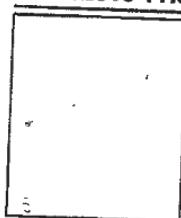


# HOSPITAL DA RESTAURACAO

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: - ESCALA 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



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061322193154200000045959557>  
Número do documento: 19061322193154200000045959557

Num. 46670826 - Pág. 2



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



## HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

## Paciente

Enfermaria/Leito

## Registro

*Jose Fernando*

16198.96

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

20/01/18 ~ 16:15

# Days to:

Pct vítima de acidente metacelítico, apresentando dor em Ombro → Rx exame:

Flor vulgar preservada (esos escorpiónes...)

ADM prejudicada pelo dor. Checo Rx c/ fx do clavícula + fx do golo da glenóide

PD: Omphax pectoralis

CD: Salón Te

Internamente após alta das cotas  
financeiras

*Tito Andes* | BMR  
Dr. Tito C. Andes  
Ortopedia / CRM

# C+Bmf # 2010118 Jr: 93

Paciente C1 dalt. de acidente motociclistico. no encontro contusao, orientação, pupilarco, norema corado, ECG Rrg. no encontra BNP aparente represento escoriações em face. Alguns los vienoides ou suspeitos, maxilo mandibular e ORN engrossados. Exame de imageria ~~de~~ sugere fract. em ossos do tórax. CD: O Encontro tibico.

② Alto Bass

Dra. Caroline Ferro  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal, Maxilo-Facial  
Residente MUSC/FDP/UPF  
CRG-PE 12068

93 01 Pedigree lineage  
was escarce,

✓ *Received*.

Produzido no Sistema Catarina Mecanizado da Alfa-Nova

第二部分



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

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

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total:
<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 (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
<small>TRM</small> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
<small>Franquel:</small> B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).		
<small>Sistema Respiratório:</small> <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quals: _____		
<small>Venoclise:</small> <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
<small>Dieta:</small> <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"/> Gastostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
<small>Eliminações Intestinais:</small> <input checked="" type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____		
<small>Diurese:</small> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____		
<small>Pele:</small> <input type="checkbox"/> Integra <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada		
<small>Ferida Operatória:</small> Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito		
<small>Localização:</small> _____ Localização: _____ Estágio: _____		
<small>Queixas:</small> _____		
<small>Exames:</small> _____		
<small>Pareceres:</small> _____		
<small>Observações (Diurnas / Noturnas):</small> <u>- Segue aos acordados</u> <u>- Paciente de alta de NCR + CG, Dicas</u> <u>- alta da NUR</u> Ass: _____ <u>- alta ao C. geral</u> <i>Rocha</i>		

Data: 1/1/17

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total:
<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 (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorb.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos.		
<small>TRM</small> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A - Perda motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente		
<small>Franquel:</small> B - Apenas sensibilidade preservada E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).		
<small>Sistema Respiratório:</small> <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quals: _____		
<small>Venoclise:</small> <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____ <input type="checkbox"/> Sem Acesso.		
<small>Dieta:</small> <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"/> Gastostomia <input type="checkbox"/> Aberta		
<small>Eliminações Intestinais:</small> <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia _____		
<small>Diurese:</small> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____		
<small>Pele:</small> <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Lesionada		
<small>Ferida Operatória:</small> Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Úlcera de decúbito		
<small>Localização:</small> _____ Localização: _____ Estágio: _____		
<small>Queixas:</small> _____		
<small>Exames:</small> _____		
<small>Pareceres:</small> _____		
<small>Observações (Diurnas / Noturnas):</small> _____		
<small>Diurno:</small> _____ Ass: _____		





600-03

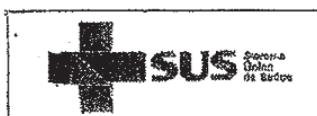
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO AVC

NOME DO PACIENTE		ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA	DIA										
MEDICAMENTO		DOSE	VIA	INTERN.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO										
① SORO FISIOLÓGICO 0,9%	1500 ml	20ml	IV		24h																
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD			IV	12/12h																	
③ PLASIL + AD			IV	S/N																	
④ DIPIRONA (2,8) AD			ATE	878h																	
5 - LIQUEMINE 0,25ml.			IV	S/N																	
OU CLEXANE 40.			ATE	6/6h																	
6 - CAPOTEN 25 01CP			SC	12/12h																	
SEPAS > 180 OU PAD > 110mmhg.			SC	/DIA																	
7 - INSULINA SIMPLES CONFORME HGT			SL	S/N																	
0-200 - 0un 201 - 300 = 4un 301-400 = 8un > 400 = 12un			02CP	VO/	12h																
AAS 100			SNG																		
Totais 20 - 8 - EV, 18h																					
CUIDADOS																					
1. DIETA ZERO ATÉ 2° DIRENTAÇÃO	Vise, após oto de fnt		ESPECIFICAÇÃO		ESPECIFICAÇÃO		ESPECIFICAÇÃO		ESPECIFICAÇÃO		ESPECIFICAÇÃO										
2. MEDIR DURESE	SVD		PRESERVATIVO																		
3. HGT / h																					
4. MUDAR DECÚBITO 3/3h																					
5. CABECEIRA 30º																					
6. SSVV / h																					
ASSINATURA DO MÉDICO																					
Dr. José Trajano Filho Ortopedista																					
Assinatura: _____																					



## 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 José Fernando Mendes da Silveira	6 - N° 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 TAC de ombro (D) + reconstruçao 3D (faixa p/ ombro).	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 c/ fratura de clavícula e clavícula necessitando de estabilização com fixo correnteir sagital e 3D.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. José Vítorius dos Santos</i>	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 22/10/17
25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO) <i>CRM-PE: 25516</i>	

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)	

REALIZADO  
CARROUFA DE SERVIÇOS  
22/01/18

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 4037136, residente e  
domiciliado(a) Sítio Melancia  
nº 740, bairro Tacaimbó,  
CEP 55340-000 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: Xosé Fernando Macedo Silva

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

## 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  
Ouvíndia 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>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>07/05/2019</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>002069754018</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> SI MELANCIA 740  TACAIMBO/MELANCIA 55140-000 TACAIMBO PE	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>17,29</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>07/05/2019</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b> 2001142890
<b>CLASSIFICAÇÃO</b> <b>B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL</b> Monofásico		<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 060767150	
<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		Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
ICMS	PIS	COFINS	Consumo Ativo(kWh)	0,37982750	kWh
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00		0,00	12,25	1,16	0,14
			12,25	5,37	0,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
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
mar/2019					
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.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	221	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI				
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.
Jamento.celpe.com.br/NDP_DSR_SOURCES_Download.jsp?w=1200&h=600&url=/selet/login.neoenergia.com.RFC_GenerarCanhoto?dirfatura=t... Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 13/06/2019 22:19:31 https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061322193173000000045959556 Número do documento: 19061322193173000000045959556				

