

### INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** Anderson dos Passos Miranda  
(nome completo)  
Brasileira (o) , solturo , recuso  
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)  
portador(a) da Cédula de Identidade nº 026998036 , inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 016.287.727-78  
Duas, n=253, Santo Antonio, Bezenor - PE residente domiciliado(a) R- Dr. Henrique  
CEP: 55660-000  
**OUTORGADOS:** **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da  
OAB-PE 28.570, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:  
evl.advogado@yahoo.com.br

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, , **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

**Outorgante/Declarante**

Anderson dos Passos Miranda



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1024644675

NOME  
ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
08699036 SECC RJ

CPF  
016.287.727-78

DATA NASCIMENTO  
17/09/1970

FILIAÇÃO  
ROBERTO JOSE DE  
MIRANDA  
MARIA AUXILIADORA DOS  
PASSOS MIRANDA

PERMISSÃO  
ACC CAT HAB  
A/B

Nº REGISTRO  
05000031184

VALIDADE  
16/04/2020

1ª HABILITAÇÃO  
04/08/2010

OBSERVAÇÕES  
A

Assinatura do Portador  
Anderson dos Passos Miranda

LOCAL  
BEZERROS - PE

DATA EMISSÃO  
16/04/2015

Assinatura do Emissor  
37616240105  
PR065578295

DETRAN - PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1024644675





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 691 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014396-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190677405609

Escritório: BEZERROS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

GEDALVA BEZERRA TORRES

R DR HENRIQUE DIAS, N. 00233 - - SANTO ANTONIO BEZERROS PE 55660-000

INSCRIÇÃO: 019.265.140.0215.000

GRUPO: 17

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 07740560.9

07740560.9

06/2019-5

| LIGADO                                  | POTENCIAL               | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MEDIA HD /                   |
|-----------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| ALLFI60670                              | 12/05/2019              | 12/07/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
| ÁGUA                                    |                         | ESGOTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |
| LEIT. ANT.: 471                         | CONSUMO: 8              | LEIT. ANT.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VOLUME: 0                    |
| LEIT. ATUAL: 481                        | TAXA MINIMA             | LEIT. ATUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |
| LEIT. FAT.: 481                         | ANORMALIDADE DE LEITURA | LEIT. FAT.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO |                         | NÚMEROS DE AMOSTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |
| 05/2019 8/                              | A                       | PARÂMETROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11 |
| 04/2019 1/                              | A                       | TURBIDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANÁLISES REALIZADAS          |
| 03/2019 16/                             | A                       | COR APARENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ATENDEN A LEGISLAÇÃO         |
| 02/2019 10/                             | A                       | CLORO RESIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |
| 01/2019 11/                             | A                       | COLIFORMES TOTAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |
| 12/2019 9/                              | A                       | E. Coli                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |
| MEDIA 8/ 0                              | A                       | OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.<br>(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.<br>(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA. |                              |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

60,75

MULTA P/IMPONTUALIDADE

05/2019

1,21

JUROS DE MORA

04/2019

0,18

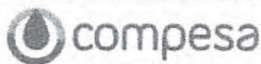
|        |       |      |      |
|--------|-------|------|------|
| FIS    | 60,75 | 1,45 | 1,00 |
| COPINS | 60,75 | 7,60 | 4,62 |

25/07/2019

62,14

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 01/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

07740560.9

06/2019-5

25/07/2019

62,14

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 02/10/2019 12:27:02

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100212270272900000050929911

Número do documento: 19100212270272900000050929911

## SINISTRO 3190496011 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA

**COBERTURA** Invalidez

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

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA

**CPF/CNPJ:** 01628772778

### Posição em 01-10-2019 11:21:53

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 09/09/2019        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC  
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0181001295

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/08/2019 às 10:30

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 28/4/2019 às 20:00

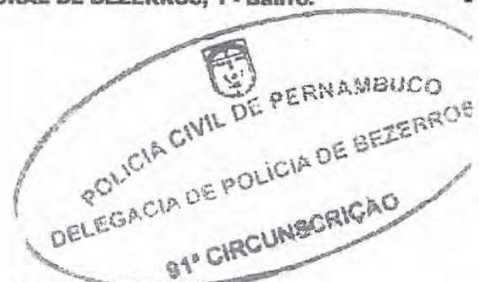
Fato ocorrido no endereço: **PE 97, PRÓXIMO AO RESIDENCIAL BEZERROS., APÓS UMA CURVA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**. Próximo a: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 1 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**. Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR \ AGENTE)  
ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA



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

**ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA AUXILIADORA DOS PASSOS MIRANDA Pai: ROBERTO JOSÉ DE MIRANDA Data de Nascimento: 17/9/1970 Naturalidade: NOVA IGUAÇU / RIO DE JANEIRO / BRASIL Documentos: 086998036/SECC/RJ (RG), 01628772778 (CPF), 05000031184 (CNH) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Fixos:**

- 37283327

Telefones Celulares:

- 996053508

Residencial: **RUA HENRIQUE DIAS, Nº 233, B.SANTO ANTÔNIO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 233 - CEP: 0 - Bairro: SANTO ANTONIO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

- Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA**

01/08/2019 10:11



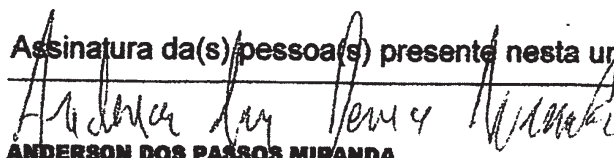
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 110I** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

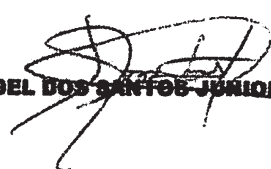
Placa: **PDX0880** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **179864740** Chassi: **9C2JC7000KR012886**  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA / BIZ 110I, EM NOME DE : MARIA LUCICLEIDE DA SILVA.**

### Complemento / Observação

**ALEGA A VÍTIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RODOVIA PE 97, ZONA RURAL DOS BEZERROS-PE., FAZENDO ENTREGA DE PIZZAS, QUANDO EM UMA CURVA NAS PROXIMIDADES DO RESIDENCIAL BEZERROS-PE., UMA VACA ENTROU NA PISTA REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE, NÃO TENDO ELE TEMPO DE FREIAR, BATEU NO ANIMAL E FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO DE INÍCIO POR POPULARES QUE PASSAVAM NO LOCAL, PARA UNIDADE MISTA LOCAL, AONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU-PE., COM FRATURA NO ANTEBRAÇO E POR ÚLTIMO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NESTA CIDADE, PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME FICHA DE ENTRADA NAS RESPECTIVAS UNIDADES HOSPITALARES.**

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

  
**ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  **JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR** - Matrícula: **221483-0**





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



3000260

|                                                                                                                                                                                                                                             |                |                         |          |                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|----------|-------------------------|--|
| <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                 |                | <b>CARTÃO DO SUS:</b> - |          | <b>REGISTRO:</b> 930139 |  |
| DATA: 28/04/2019                                                                                                                                                                                                                            |                | HORA: 19:20h            |          | TELEFONE:               |  |
| NOME: Anderson dos Santos Miranda                                                                                                                                                                                                           |                | IDADE: 48 anos          |          |                         |  |
| NOME DA MÃE: Maria Quilodora dos Santos Miranda                                                                                                                                                                                             |                |                         |          |                         |  |
| DATA DE NASCIMENTO: 17/09/1970                                                                                                                                                                                                              |                | ACOMPANHANTE: Diogenes  |          |                         |  |
| END.: Rua Henrique Silva                                                                                                                                                                                                                    |                | BAIRRO: São Antônio     |          | N.º -                   |  |
| CIDADE: Bezerros                                                                                                                                                                                                                            |                | <b>SINAIS VITAIS</b>    |          |                         |  |
| PA: / mmHg                                                                                                                                                                                                                                  | HGT: 101 mg/dL | T: °C                   | PEÇO: kg | Téc. Enfermagem/COREN   |  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO</b>                                                                                                                                                                                                       |                |                         |          |                         |  |
| <b>I - Sinais de Emergência Imediata</b>                                                                                                                                                                                                    |                |                         |          |                         |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERMELHO</b>                                                                                                                                                                                                            |                |                         |          |                         |  |
| 1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC <50 ou >140bpm <input type="checkbox"/> FR <10 ou >32 irpm                                                |                |                         |          |                         |  |
| 2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar letificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudorese                        |                |                         |          |                         |  |
| 3. <input type="checkbox"/> PAS <80 ou >200mmHg <input type="checkbox"/> PAD <40 ou >130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT <40 ou >HI mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento                                                   |                |                         |          |                         |  |
| 4. <input type="checkbox"/> Politraumatismo/Glasgow <= 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios                                          |                |                         |          |                         |  |
| 5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso                                                                                      |                |                         |          |                         |  |
| 6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória                                                                                                                      |                |                         |          |                         |  |
| <b>II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação</b>                                                                                        |                |                         |          |                         |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                             |                |                         |          |                         |  |
| 1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS <90 ou >180mmHg <input type="checkbox"/> PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas                             |                |                         |          |                         |  |
| 2. <input type="checkbox"/> Febre > 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação                     |                |                         |          |                         |  |
| 3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento                                                                                                           |                |                         |          |                         |  |
| 4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% <input type="checkbox"/> Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas                                                                                    |                |                         |          |                         |  |
| 5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa                                                                                                                                 |                |                         |          |                         |  |
| 6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe |                |                         |          |                         |  |
| 7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-cortante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática                                                                                                                        |                |                         |          |                         |  |
| <b>III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo</b>                                                                                                                       |                |                         |          |                         |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERDE</b>                                                                                                                                                                                                               |                |                         |          |                         |  |
| 1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos < 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora                                                                                          |                |                         |          |                         |  |
| 2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Entorse, suspeita de fraturas, luxações                                                                                                                              |                |                         |          |                         |  |
| 3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia                                                                           |                |                         |          |                         |  |
| 4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave                                                                         |                |                         |          |                         |  |
| 5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas                                                             |                |                         |          |                         |  |
| <b>IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)</b>                                                                            |                |                         |          |                         |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO AZUL</b>                                                                                                                                                                                                                |                |                         |          |                         |  |
| 1. <input type="checkbox"/> Queixas crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente                                           |                |                         |          |                         |  |
| 2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas                                                                                                                                              |                |                         |          |                         |  |
| 3. <input type="checkbox"/> Troca de curativos ou retirada de pontos                                                                                                                                                                        |                |                         |          |                         |  |
| 4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.                                                                                                     |                |                         |          |                         |  |
| 5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes                                                                                          |                |                         |          |                         |  |
| 6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda                                                                                                                  |                |                         |          |                         |  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                        |                |                         |          |                         |  |
| <input type="radio"/> Vermelho                                                                                                                                                                                                              |                |                         |          |                         |  |
| <input type="radio"/> Amarelo - paciente automobilístico (moto) atida frontal com um cavalo                                                                                                                                                 |                |                         |          |                         |  |
| <input type="radio"/> Verde                                                                                                                                                                                                                 |                |                         |          |                         |  |
| <input type="radio"/> Azul                                                                                                                                                                                                                  |                |                         |          |                         |  |
| Alergias: (X) NÃO ( ) SIM, à                                                                                                                                                                                                                |                |                         |          |                         |  |
| ENCAMINHADO:                                                                                                                                                                                                                                |                |                         |          |                         |  |
| ORIENTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                 |                |                         |          |                         |  |
| Assinatura da Assistente Social e carimbo                                                                                                                                                                                                   |                |                         |          |                         |  |



|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                 | Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à                                                                                                                                                                  | REGISTRO:                                                                                          |
| <b>Queixas:</b><br>Sítio de aumento de tamanho, queda de<br>visibilidade com dor intensa e drenagem<br>após lavagem cirúrgica                        |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| <b>Exame físico:</b><br>Presença de dor de cabeça                                                                                                    |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| <b>H.D.:</b><br>PRÓPRIO                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| <b>CONDUÇÃO/ REAVALIAÇÃO/ CONDUÇÃO MEDICACÃO</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| <b>Condução:</b><br>① Tramadol 100mg + SPC: 100mg/6h, 2019<br>② Diclofenaco 75mg, 12h<br>③ Dexametasona 1mg + 20, 6h, 2019<br>A seguir de observação |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| <b>TIPO DE CONSULTA</b>                                                                                                                              | <b>MOTIVO DA ALTA</b>                                                                                                                                                                         | <b>ÓBITO</b><br>Data: _____<br>Hora: _____<br><b>ATESTADO</b><br>SIM ( )<br>NÃO ( )<br>DIAS: _____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta simples<br><input type="checkbox"/> Consulta c/ Observação<br><input type="checkbox"/> Indicação (Internamento)    | <input type="checkbox"/> Melhora<br><input type="checkbox"/> Solicitação<br><input type="checkbox"/> Transferência<br><input type="checkbox"/> Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Óbito | Bruna Luz Cantas<br>Médica - CRM-PE 23810<br>28 APR 2019<br>Médico - CREMEPE<br>(Carimbo)          |
| Data: _____<br>Hora: _____                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



### Protocolo de Encaminhamento

ARA - trauma

TIPO DE OCORRÊNCIA  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )  
SENHA 5672485

IDENTIFICAÇÃO  
Nome do Paciente: Adelson dos Santos Miranda Idade: 48  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: Fone:  
Endereço Residencial: Bairro:  
Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)  
Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motociclista ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta, Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso do Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador:  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo ( ) Arma Branca/Tipo:  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar:  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS  
História Clínica Atual: Vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta,  
com as mãos presas no MSE.

Hipótese Diagnóstica: PRATIAS PEÇUDDO DE RATO

### AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: X  
Vias Aéreas: FR Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\* S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100



HOSPITAL JESUS  
PEQUENINO  
BEZERROS -PE  
3728-1099  
3728-1586



HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO

NOME: André dos Santos M. Silva

REG.: 9093

DATA DE NASCIMENTO: 17 / 09 / 1940

DATA DA CIRURGIA: 30 / 09 / 19

DIAGNÓSTICO: Exatoma de glândula parótida e  
no 5-524

TRATAMENTO: Exatoma de glândula parótida e  
no 5-524

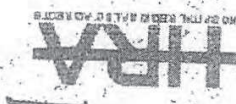
DATA DO RETORNO: 14 / 09 / 19

MOTIVO DO RETORNO: OT. Exatoma de glândula parótida e  
no 5-524

70 anos

João Márcio V. Costa  
Traumato-Ortopedista  
CRM/PE 6986





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 504462      Prontuário: 337706

Nome: ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA      Data Nasc.: 17/09/1970      Idade: 48      Sexo: MASCULINO      Cor: PARDA      Religião:      Nº: 233      Estado: PE

Endereço: HENRIQUE DIAS      CEP: 55660000      Fone:      Cidade: BEZERROS      Profissão: MOTORISTA

Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA DOS PASSOS MIRANDA      Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO      Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/04/2019 01:29

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Doença crônica em Andamento*

Exame Físico:

*COI Sol PA*

Diag. Provisório:

*Cap. Hospital de Convalescência*  
*5522*  
*CREME*

*F. A. Volante*  
*(COI) 22*

Prescrição:

Data:

Horário:

**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337106

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8191810103141441118121318

8 - DATA DE NASCIMENTO

17/09/70

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maira Aquilino da Rosa Miranda

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Henrique Dias 233, Santo Antônio

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bezenos

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



Conteúdo Com Documento  
Original Bezerra P. 200819  
Hospital Jusus-Paquenirb  
João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE Nº 4.471

|                                                                                          |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| RELATÓRIO CIRÚRGICO                                                                      |                                                                                  |
| NOME DO PACIENTE                                                                         | ANDERSON DOS PASSOS MIRANDA                                                      |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                       | JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA                                                       |
| CIRURGIÃO                                                                                | DR. ROBERTO TAVARES                                                              |
| ANESTESIA                                                                                | BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL                                                        |
| DATA DA OPERAÇÃO                                                                         | 30/04/2019                                                                       |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                               | FRACTURA DE DIAFISARIA DE RÁDIO ESQUERDO + RECONSTRUÇÃO + NEUROLISE + OSTEOTOMIA |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO                                                               | O MESMO                                                                          |
| OPERAÇÃO PROPOSTA                                                                        | TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + RECONSTRUÇÃO + NEUROLISE + OSTEOTOMIA         |
| OPERAÇÃO REALIZADA                                                                       | A MESMA                                                                          |
| DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO                                                              |                                                                                  |
| CAMPO CIRÚRGICO COM POLÍDINE                                                             |                                                                                  |
| INCISÃO ATE PLANO OSSEO. REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA DCP COM 10 ORIFÍCIOS E 08 PARAFUSOS |                                                                                  |
| LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA                                                             |                                                                                  |
| CURATIVO E TALA CESSADA                                                                  |                                                                                  |

