



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.829.095 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/08/2009

NOME << RAFAEL TORRES DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL TORRES DA SILVA >>
<< MARIA SONIA DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 06/05/1992

DOC. ORIGEM << CN.76973 L.57 F.167 CART.1ª ZONA CARUARU-PE 06.02.1995 >>

CPE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-35 49.381 - 4333

CÓDIGO DE CONTROLE
2CEE.E5AE.745C.C963

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:23:39 do dia 07/02/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Rafael Torres da Silva
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL



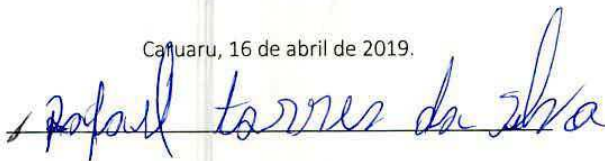
PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE RAFAEL TORRES DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, R.G.: 8.829.095, C.P.F.: 113.518.494-17, residente à Sítio Barra Taquara de Cima, Zona Rural, Caruaru/PE

OUTORGADOS DAVI ÂNGELO LEITE DA SILVA, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 36.499, ISABELLA APARECIDA SANTIAGO BRAYNER, brasileira, solteira, Advogada, OAB/PE 39.032, JANNCE ECLÉSIO SANTOS DE ARAÚJO, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PE 39.299, integrantes do escritório DAVI SILVA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, C.N.P.J. 22.090.976/0001-35, com endereço profissional à Rua Frei Caneca, 116 – Salas 602/603 – Ed. Empresarial Sebastião Luna – Maurício de Nassau – Caruaru/PE – CEP: 55.012-330.

PODERES Inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso visando o fiel cumprimento do mandato ora outorgado. Com a finalidade específica de requerer seguro DPVAT.

Caruaru, 16 de abril de 2019.



OUTORGANTE

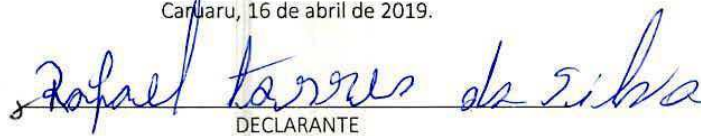


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, RAFAEL TORRES DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, R.G.: 8.829.095, C.P.F.: 113.518.494-17, residente à Sítio Barra Taquara de Cima, Zona Rural, Caruaru/PE, declaro que não posso no momento suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da aceção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Caruaru, 16 de abril de 2019.


DECLARANTE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0045000269

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado), que aconteceu no dia **23/12/2019** às **22:15**

<https://repositorio.ufpa.br/bitstream/handle/RepositorioUFPA/4548/Oc-7545031-urn-B0-13E004500269&tipo=simple&naPrincipal=ACIDENTE...> 1/2




09/10/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

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

✕
RAFAEL TORRES DASILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **MARCELA CARVALHO DE GUSMAO PEREIRA** - Matrícula: **3880188**





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **RAFAEL TORRES DA SILVA** portador do **CPF-113.518.494-17** e **RG – 8.829.095 SDS-PE** que consta nos registros de ocorrências **Nº1812230434** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia **23/12/2018 às 22h15**, no endereço **SÍTIO TAQUARA DE CIMA, APÓS ZEZÉ PARTEIRA, CARUARU-PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO**, tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo a mesma transportada para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

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

Caruaru, 09 de Janeiro de 2019


Davi Angelo Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/01/19

Edivanice maria da Silva

Esta declaração foi entregue a Sr^a. **EDIVANICE MARIA DA SILVA** (ESPOSA), portadora do **RG – 10.5.588.931 SSP-PE**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR. WALDEMIRO FERREIRA

HRA

SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) **RAFAEL TORRES DA SILVA**,

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 23/12/2018 À 05/01/2019.

Registro: 331.138

Diagnostico: FRATURA EXPOSTA NO BRAÇO E, VARIAS FRATURAS NO ROSTO E
CORTE NA PERNA.

Tratamento: CIRURGICO.

1.OBS.: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA.

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO
PACIENTE**

Caruaru, 07 de Janeiro de 2019.

09.794.975/0269-27
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Rosy Katielly de S. Cavalcante
Apoio Administrativo
CPF: 045.673.564-03
Rosy Katielly

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000
CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: RAFAEL TORRES DA SILVA Atendimento: 472175 Prontuário: 331138
Data Nasc.: 06/05/1992 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 11351849417 RG: 8829095 CNS:
Endereço: SÍTIO BARRA DE TACUARA DE SIMA Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 991072342 Profissão:
Nome da Mãe: MNARIA SONIA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 23/12/2018 23:35

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de acidente moto x moto. Voz km
na se estava em uso de capacete. Repor pra
de consciência. Chefe com trauma facial importante
e sangramento nasal intenso.

Exame Físico:

A - Náusea contínua. Sibilando. PA: FC: FR:
B -
C -
D - glóbulos 14. Púrpuras isofarmacológicas

Diag. Provisório:

Poli-traumatismo.

- Avaliação de EBMF - Hb + Kt
- Avaliação de Otoscopia
- TC de crânio + TC de cervical + TC de
- Rx de Bico e Antebraço E

Dra. Jéssica Santos
Clínica - Vaguer
23/12/2018

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X

Prescrição:

Dieta:

Data

DATA 23/12/18

Horário

- 1 SF 0,9% 1000ml EV 13:25
- 2 Ondocortona 0,1 FA EV 13:40
- 3 Tramadol 100mg + lico EV 13:40
- 4 SF 0,9% 100ml EV 13:40
- 5 SAT 500mg IM 01:30
- 6 Cefalotina 2g EV 01:30
- 6 Dipirona 2g EV 01:30

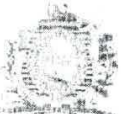
Dr. Leonardo Nunes de S. Barbosa
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial - Residente
CRM-PE 13005

1 SF 0,9% 2000ml EV 01:30

1 de 2

Dr. Carlos Alberto de S.
Cirurgia Geral
CRM-PE 27006





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

4 e. Quif 6:35 24/12/18

Paciente vítima de acidente moto x poste
no momento a. torç. e l. quize de dor em MSD.
Múltiplas fraturas em pce + torç. no ref

A - Vias Aereas livres
B - MW e AI + T SIRA

C - FC = 80 bpm, N. 100% O2 / Ut TC e pot. mandibular
D - ECG = 15 Ad. Livre
E - FC em pce P. de Livre

Roxo de MSD → fratura

At. Avaliação do Odontologista

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

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

Nome: _____

Endereço: _____

Data: ____/____/____

RG: _____

Tel.: _____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

Nome: 24/12/18

Endereço: _____

Procedimento: _____

() Paciente () Familiar

RG: _____

Tel.: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: OD. 520.91.5000

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito

() Transferência: _____

Evadiu-se

Termo de Alta a Pedido

Internamento

Condição de Alta

() Curado () Melhorado

() Inalterado

() Óbito

Data: ____/____/____

Hora: 14:00

Médico: _____

CRM: _____

23/12/2018 23:35:07
2 de 2

Usuario do Atendimento

JOSEFAAS

Chamar ao Bloco



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: RAFAEL JONES DA SILVA

Nº do Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do Leito

Operador: DR. WILSON GOMES DE LIMA

1º Assistente: RCD: ENICKSON GOMES

2º Assistente:

Instrumentador: VICTOR HUGO

Anestesia:

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRACHIAL

Duração:

Data da Operação: 27/12/18

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura de Galeazzi / Antebraço (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

O MESMO

Operação Proposta:

Fixação Cirúrgica / Fratura de Galeazzi / Antebraço (D)

Operação Realizada:

A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DPH sob escoto anestésico
- 2) ISERGIA + Antissépsia do Antebraço e Braço (D) + POSIÇÃO DE CAMPES ESTÔMAGO
- 3) ACESSO A HUMERUS
- 4) REDUÇÃO CIRÚRGICA ANATOMICA DO MÚRCIO + REDUÇÃO DA ANCLAGEM RÁDIO-ULNAR
- 5) LIMPEZA DO FOCO FRACTURADO COM SF 0.9% 1000 ml
- 6) FIXAÇÃO COM PLACA DEP EM RÁDIO (D) 4 PLACAS FUSOS Contatos 3.5mm
- 7) GUEPOT DE PELE COM NYLON 2.0
- 8) CURATIVO COM GASES E PLACAS DE CUREPOM
- 9) A SR.

Dr. Wilson Gomes de Lima
Ortopedia Traumatologia
CREMER 1184



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Data e hora da retirada da senha: 23/12/2018 23:20

	Nome Paciente:	RAFAEL TORRES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	06/05/1992
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	U0039
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

Período: 23/12/2018 23:21 - 23/12/2018 23:23

SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE COLISAO MOTO-MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, APRESENTANDO FRATURA DE MSD, E MULTIPLUS FERIMENTOS CONTUSOS EM FACE.

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?
- PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: SUELLEN MORGANNA DO N LIMA E SILVA - COREN: 118690 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2018 23:23

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: RAFAEL TORRES DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEdia

Nº do leito:

Operador: DR. MAURICIO PAES

1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R1

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: LOCAL

Duração:

Data da Operação: 24/12/2018

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM JOELHO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: LIMPEZA CIRURGICA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA LOCAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SFO, 9%
4. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
5. CURATIVO
6. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

OBS. PACIENTE COM FRATURA DE RADIO + LUXAÇÃO DE ARUL, INDISPONIVEL NO MOMENTO MOTOR CIRURGICO + MATERIAL DE SINTESE.

Dr. Felipe Carvalho R1
CRM-PE 30991
24 DEZ. 2018



