

### INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE – GIVANILDO SALES DA SILVA**, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE.

**OUTORGADO** – Dr. **Eduardo Ferreira Quaresma dos Santos**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob nº 47.940, CPF n. 057.653.964-37, com endereço profissional na Rua do Sossego, nº 53, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-080, onde recebe intimações/notificações de estilo; E-mail: [eduardofas@gmail.com](mailto:eduardofas@gmail.com); Telefone: (81) 99959-9624;

**PODERES** – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS** - Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessário na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento. Confere poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação e/ou contra quem de direito, realizar procedimentos administrativos e/ou judiciais que visem a obtenção do objeto previsto no Instrumento Particular de Contrato de Prestação de Serviços Jurídicos, propor ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, podendo manejá-las e defesas, contestações, recursos, realizar audiências, propor e firmar acordo, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, concordar ou não com avaliações e cálculos, prestar declarações bem como ratificá-las e retificá-las, confessar dívida e/ou termo, firmar compromisso, acatar e aceitar proposta, desistir, renunciar, receber e levantar alvará(s) e/ou depósito(s) judicial(is), conhecer a procedência do pedido, requerer e/ou pedir benefícios da justiça gratuita, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, tudo conforme descrito no Art. 105 do Novo Código de Processo Civil, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento de mandato, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer com ou sem reservas de poderes.

Recife, 02 de Outubro 2019.

  
Outorgante



## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA PARA FINS JUDICIAIS**

**GIVANILDO SALES DA SILVA**, casado, agricultor, portador da cédula de identidade nº 5640163 e do CPF nº 072-159-814-52, residente e domiciliado no Engenho Serra, Lote 80, CEP 545900-00, Cabo de Santo Agostinho/PE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, pois me encontro desempregada, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, bem como do art. 98 do Código de Processo Civil, por ser pobre no sentido legal da acepção.

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.

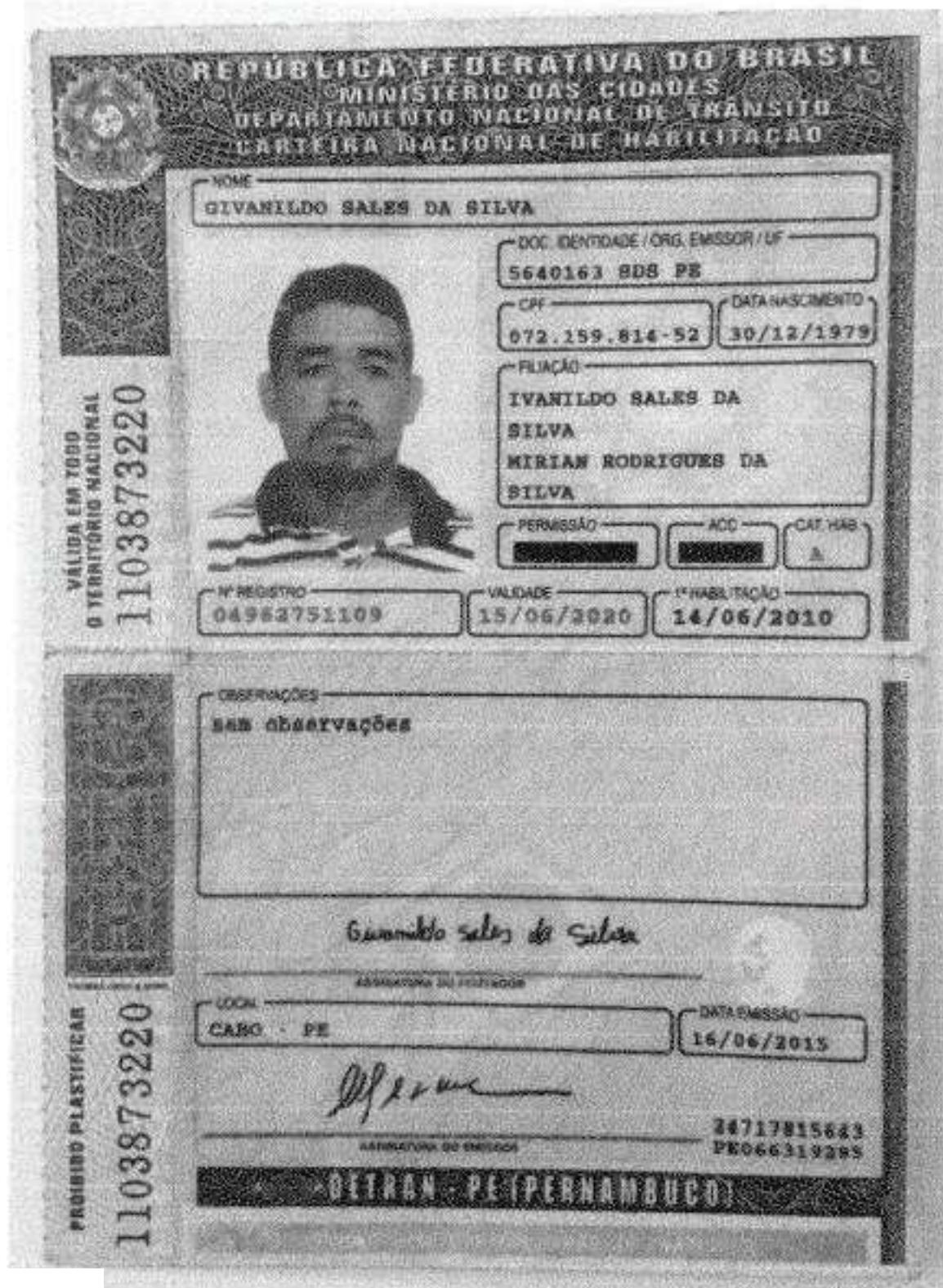
Por ser verdade, firmo o presente.

Recife, 02 de Outubro 2019.



Declarante





Assinado eletronicamente por: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS - 15/01/2020 18:47:53  
<https://pjje.tpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001151847531750000055590541>  
Número do documento: 2001151847531750000055590541

Num. 56508578 - Pág. 1



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DADOS DO CLIENTE

GERSON FERREIRA DOS SANTOS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA C.R.C LOTE 8

CPF 519 533 404-82

## **CLASSIFICAÇÃO**

**ENGENHO SERRA/CABO RURAL  
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE  
54500-001**

**CONTÁ CONTRATO MÊS/ANO**  
**0591578030 09/2019**

**DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**  
**27/09/2019 23/10/2019**

**TOTAL A PAGAR (R\$)** **94,47**

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
078350367	ÚNICA	20/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/08/2019	2000314920	588618

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	0,43729987	84,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA		8,08
Contribuição CERLIT - (081) 3272-5779		2,00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DO SISTEMA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
238067	CAT	22-08-2019	9.401,00	20-09-2019	8.594,00	29	1,00000	193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	KWH	REFINANCIAMENTO DA DÉBITO	GERAÇÃO DE ENERGIA
SET/19	193		R\$ 42,23 49,73%
AGO/19	162		R\$ 34,04 4,65%
JUL/19	157		R\$ 26,29 28,43%
JUN/19	149		R\$ 32,06 6,95%
MAI/19	160		R\$ 6,17 6,67%
ABR/19	155		R\$ 4,17 4,51%
MAR/19	143		Total R\$ 92,47 100%
FEV/19	126		
JAN/19	138		
DEZ/18	140		
NOV/18	141		
OUT/18	136		
SET/18	106		
		CONSUMO ATIVO(KWH)	TARIAS APLICADAS 0,41749000
			RESERVADO AO FISCO 82BB 8C18 49B0 639B 281C BD97 5B04 F0BD

#### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, através das Unidades de atendimento e no site**

[View all products](#)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO			
CABO	CONJUNTO	VALOR ABUSIVO MÁXIMO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	MÁXIMO	
DIC		7,73	11,01	22,03	44,07	220	202	231
FIC		5,00	7,59	15,19	30,39			
DMIC		3,70	5,98	0,00	0,00			

**CONTA CONTRATO**    **MÊS/ANO**    **DATA DE VENCIMENTO**    **TOTAL A PAGAR (R\$)**

0591578030 09/2019 27/09/2019 94,4

83880000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3



Assinado eletronicamente por: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS - 15/01/2020 18:47:53  
<https://pj.ejpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001151847532530000055590542>

Número do documento: 20011518475325300000055590542

Num. 56508579 - Pág. 1



**CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES DE DEFESA SOCIAL**  
**CERTIDÃO**

Nº 131/2019

Declaro para os devidos fins, e por ter sido solicitado pelo(a) Sr(a) GIVANILDO SALES DA SILVA, CPF: 07215981452, RG: 5640163, residente na RUA ENGENHEIRO SERRA, 80, LOTE 80 - ZONA RURAL - CABO/PE, que após buscas no Comprovante de Ocorrências foi encontrado o registro que segue:

**B1295137**

**Nome do solicitante:** CILENE

**Endereço:** ENGENHO SERRA - ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO

**Ponto de Referência:** EM FRENTE A OLARIA

**Natureza:** COLISAO ENTRE VEICULOS

**Atendido em:** 18/09/2019 11:05:10

**Finalizado em:** 18/09/2019 12:34:07

**Viatura(s):** AR 632

**Comentários da ocorrência:**

> ENGENHO SERRA  
COLISÃO ENTRE CARRO E MOTO, COM 1 VITIMA CONSCIENTE, COM POSSÍVEL FRATURA NO MÉRIMBRO INFERIOR DIREITA, SEM SANGRAMENTO.  
CONT: 81 99682 6507 CILENE  
>>> OCORRÊNCIA REPASSADA PELO RAMAL 8262

DE FRENTE AO PREDIO DA COMPESA

GGPOC: ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSÍVEL SOLICITAÇÃO  
DO ÓRGÃO DE TRÂNSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE.

ENTRA NO SISTEMA PIRAPAMA VIZUALIZA UMA BARRACA DE CALDE DE CANA E SEGUO EM FRENTE A BARRACA DE FRENTE A UM RETORNO PROIBIDO NA ETA.

"  
GGPOC: ACOMPANHANDO A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA E AGUARDANDO POSSÍVEL SOLICITAÇÃO  
DO ÓRGÃO DE TRÂNSITO OU AUTORIDADE COMPETENTE.

MAIS DE 30 SEM SOLICITAÇÃO, GGPOC FECHARÁ A OCORRÊNCIA, PODENDO SER REABERTA MEDIANTE SOLICITAÇÃO.



E por mais nada haver, vai assinado por mim, Ten Cel PM VANILDO OLIVEIRA  
**GUIMARÃES JÚNIOR, MAT 01992-5**, Gerenre do CIODS.

Vanildo Oliveira Guimarães Júnior  
Ten Cel PM  
Mat. 01992-5  
RG. Nº 34379

Recife - PE, 27 de setembro de 2019

A descrição do fato contida neste documento refere-se, tão somente, às informações repassadas pelo solicitante por ocasião da denúncia.



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040º CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ºCIRC  
DIM/0ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0130006703**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2019** às **09:38**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado)** que aconteceu no dia **18/9/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
GIVANILDO SALES DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA SILVA  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**GIVANILDO SALES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nasc. 07/01/1979 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LTDE 80 - CEP: 54600-000 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GIVANILDO SALES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a):**

**GIVANILDO SALES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 Bros Mix KS** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KI05221** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):**

**DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Apêndice / Observação



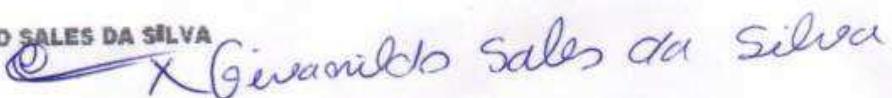
Nº DE INFORME

LICENCIAMENTO

**INFORMA VITIMA QUE QUANDO EM TRASITO NO ENGENHO SERRA PRÓXIMO DE PIRAPAMA UM VEÍCULO PRISMA JA CITADO EM TELA FREIO BRUSCAMENTE E O CONDUTROR DA MOTO VITIMA TENTOU SE LIVRA E CAIU VINDO A SE ACIDENTAR O CONDUTOR DO PRISMA EVADIU-SE DO LOCAL. O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL D- HELDER CAMARA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA.**

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

GIVANILDO SALES DA SILVA  
(VITIMA)



B.O. registrado por: FLAVIO DE LIRA SOUZA - Matrícula: 111428-0







PE N° 01435753738 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GIVANILDO SALES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

CABO STO AGOSTINHO - P		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
VIA	072.159.614-52	CPF / CNPJ	14/02/19
RENAVAM	193210615	MARCA / MODELO	K105221
ANO FAB.	2009	Nº CHASSI	HONDA/NXR150 BRO3 MIX E
CAT. FAB.	09	Nº CHASSI	9C2KD0520AR010909
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	36.05	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4.01	IOF (R\$)	40.06
PAGAMENTO	4.15	0.32	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
COTA ÚNICA	<input checked="" type="checkbox"/>	PARCELA DO	DATA DE QUITAÇÃO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
ESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
Nº 01435753738			
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO	PLACA
1	193210615	2019	K105221
GIVANILDO SALES DA SILVA			
CABO STO AGOSTINHO - PE		PLACA:	
OFICINA/PJ	072.159.614-52	CHASSI:	9C2KD0520AR010909
PLACA ANTiga	* * * * *	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
MARCA/MODELO	HONDA/NXR150 BRO3 MIX E	CATEGORIA	ÁLCOOL/GASOL
CAP. PÓT/CIL	2P/149CL	CATEGORIA	ANO MOD.
COTA UNICA	PIVVA 2019 QUITADO	VENC. COTA UNICA	ANO FAR.
PAGAMENTO	PAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	COR PREDOMINANTE
COTA ÚNICA	A 1	* * * * *	PRETA
PREMIO TARIFAVO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
60.11		0,32	14/01/19
SEM RESERVA ENVIADA			
OBSERVAÇÕES			
Roberto Cezaros Moreira Fontelles			
CABO STO AGOSTINHO - PE 14/02/19			
Roberto Cezaros Moreira Fontelles			



HOSPITAL  
DOM HELDER

**TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002**



Data: 20/09/19

Paciente: Givanildo Sales da Silva

Peso Atual: 88 Peso Habitual: \_\_\_\_\_ Altura: 176 Idade: 39 Leito: Verde/TRO

Registro: 1591

**Parte 1 – Triagem Inicial**

	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?	<u>IMC: 28,4 kg/m²</u>	X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?	X	
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?	X	
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?	X	

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

**Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional**

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-50% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Tranplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 2 NAN Secundário

a calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a maior de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

*Ella A. Pereira Barreto*

Nutricionista

RN 6 - 10646

*[Signature]*

Nutricionista

**Nutritional Risk Screening – NRS** é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN® para o âmbito hospitalar

\*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M : Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. "European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: EDUARDO SANTOS Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Dor dorso ①

História da Doença Atual: desnute automobilista.

Frot. fecham eres no punz

Interrogatório Sintomatológico: nur + edema



Exame Físico: \_\_\_\_\_

Neurofibromatose  
pulso (+)

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

/

Medicações em Uso: \_\_\_\_\_

/

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

/

Hipótese Diagnóstica Principal: \_\_\_\_\_ Prot. caxa na perna (0)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plano Terapêutico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

It + - Hospital

Dr. Igor Abutrat  
CRM-PE

Cabo de Santo Agostinho, / /  
\* 9 SET. 2010

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Name: Connor Lee Grade: 5 Registered: 0

Registro: 13091

Clinica: Onix Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Dr. Ortopedista
19/07/09	Paciente my 13 años, Sen quejido de dolores en muñeca / Esquardado pronador Cisne C.D.: Cisne
	Dr. Luciano L. Cunha JR Ortopedia Traumatologo CRMPE 25.000
Data/Hora	Dr. Ortopedista
20/07/09	Paciente responde bien, dolor quejido en muñeca, Esquardado pronador Cisne : - C.D. Cisne Canele o ar
	Dr. Luciano L. Cunha JR Ortopedia Traumatologo CRMPE 25.000

CÓD. 38251





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Givanildo Sales da Silveira Registro: 15091

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: Verde - Leito: \_\_\_\_\_

~~Dra. Marilene Mendes Oliveira  
Ortopedista / Traumatologa  
CRM 72819~~

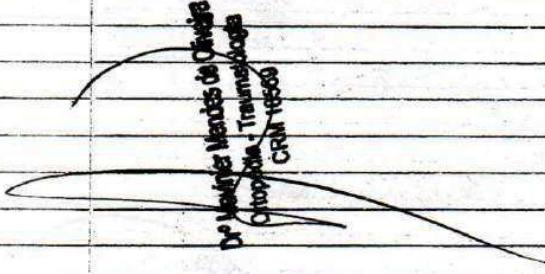




## EVOLUÇÃO CLÍNICA

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Registro:** \_\_\_\_\_

**Clinica:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Laboratorio:** \_\_\_\_\_

Data/Hora	22/03/18	14:30
	En la pampa	para el ave Señor
	de Canino Ando Nuevo	
		623317
		
	Propietario: Mabel de Gómez Calle 1000; Tulum C.P. 77700 CRN 10589	





## ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 15091

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Mãe: MIRIAN RODRIGUES DA SILVA

Cadastro aberto com troca de letra no nome da mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA, pelo usuário BETHE SEA DE LEMOS SILVA em 16/04/2011.

### Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento CNH com identidade nº 5640163 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo, 18/11/2019

D  
HDH-Hospital Dom Helder Câmara  
Assistente Social  
José Júlio  
Assistente Administrativo  
SAME/Faturamento

Rivania Brito

Coordenadora Same/Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 523141

Data e Hora do Atendimento: 18/09/2019 12:33

Usuário do Atendimento: JOSEASF

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA

Prontuário: 15091

Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Nome do Pai: IVANILDO SALES DA SILVA

Data do Nascimento: 30/12/1979

Idade: 39 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 56400163

SDSPE Data Emissão:

CPF: 07215981452

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS: 705000867151159

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ENGENHO SERRA

CENTRO

Cidade: CABO

PE

CEP: 54510401

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

gem: BOMBEIRO

dico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRÂUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 04

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 18/09/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

HDH-Hospital Dom Helder Camara  
Aluizio Barbosa  
Assistente  
SAME/Faturamento

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Alta em: / / Hora: \_\_\_\_\_

Médico e C.R.M: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G: \_\_\_\_\_

Hospital Dom Helder Camara  
06/09/19  
Solange Lira  
Faturamento SAME  
Em: 18/09/2019





## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 523083

Data e Hora: 18/09/2019 12:12

Senha da Classificação:

0027

Paciente: 15091 GIVANILDO SALES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 30/12/1979 Idade: 39 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Nome do Pai: IVANILDO SALES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

Endereço: ENGENHO SERRA

-- LOT 80

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO

PE

Usuário Atendimento: LAISMSR

RG (Identidade): 56400163

SDSPE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07215981452

Fone:

Cartão SUS: 705000867151159

Data de Emissão CRN:

CRM: 16635

Nota: Internado Dom Helder Camara  
Médico: Dr. Ivanildo Sales  
CRM: 16635  
Data: 18/09/2019

### RESUMO DE TRATAMENTO

Pes:

Altura:

Temperatura:

Hora:

#### Queixa Principal

Perdeu Vítimas de acidente de moto causado em Tornozelo causando outras 5.5.5.

#### Exame Físico

EGR / EPNOS CONSCIENTE  
ORIENTADO  
INTAC: ✓  
ABD: FUNDOS INDECOL.  
TORNZELLO: FRIBRICA

#### Hipótese Diagnóstica

Defluxos de Tornozelo

#### Concl. Terapêutica

Osteogên. ossal.

Acta da equimose

ao trazim. foco.

Socorro: Rx de Tornozelo

Cafem 100 - 50 - 100 > 20

Carimbo Médico  
CRM: 16635  
Data: 18/09/2019

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

NAME DO PACIENTE

Acta da Vizinharia PR  
SENSE

16:17 # enigma. Pcte vltimmo DG alega DG ditar

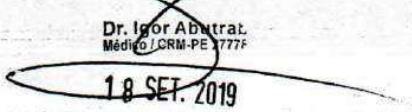
Há poucas hrs, tiveram encontro

Dar mzd..

DE RX: Frot. FECHAM DG MJD.

CD: j2 RX serie trans +  
RX toz D + num D + num

  
Dr. Igor Abrahão  
Médico / CRM-PE 17776

  
18 SET. 2019

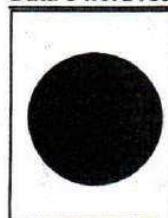


# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/09/2019 12:02



Nome Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 30/12/1979  
Sexo: Masculino  
Idade: 39 anos  
Senha: 0027  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 18/09/2019 12:08 - 18/09/2019 12:10

JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGÊNCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE DEU ENTRADA PELA AREA VERMELHA COM BOMBEIROS, RELATO DE COLISAO CARRO X MOTO ( EM USO DE CAPACETE) NA ZONA RURAL. REFERE DOR EM MID. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPENICO.

Observação: HAS-/ DM-/ DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

pecialidade: CIRURGIA GERAL

PA = 130 x 80 mmHg

SPO<sub>2</sub> = 98%

FC = 63 BPM

Juliana Bion Oliveira  
Coren-PI 445.775-ENF

Juliana Bion Oliveira  
Coren-PI 445.775-ENF

Acolhido(a) por: JULIANA BION OLIVEIRA - COREN: 445775 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 12:10



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 28/10/2019 11:29

Atendimento 325117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 15:41  
Plano SUS - ELETIVAS  
Responsável  
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Saída: 02/10/2019 Hora: 23:25  
Matrícula:  
Identidade  
C N S 705000867151159

Paciente 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA  
Nascimento 30/12/1979 (39 Anos e 9 Meses)  
Endereço ENGENHO SERRA  
Bairro ZONA RURAL CEP 54510-401  
Cidade 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO  
Par IANILDO SALES DA SILVA  
Mãe MIRIAM RODRIGUES DA SILVA  
Nacionalidade BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: Parda  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.: 07215981452  
Identidade: 5640163 - SDS - PE  
Telefone: / 988070573  
G.Instrução:  
Ocupação: AGRICULTOR  
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

Em: 22/09/2019 - 15:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:

PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Exame físico:

DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
01 -	INTERNAMENTO
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:



HOSPITAL ARMINDO MOURA (Emitente: MILENA)  
**R136 - Ficha de Cirurgia**

CTI - Informática  
Data: 28/10/2019  
Página: 1 11:30

Atendimento: 325117 Aviso: 25171  
Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA  
Idade: 39 Anos e 9 Meses Telefone: 988070573  
Plano: SUS - ELETIVAS

RG: 5640163  
CPF: 07215981452  
Enfermaria: ENFERMARIA 08  
Acomodação: LEITO 03

Previsto Data: 24/09/2019 Início: 04:30 Duracão: 00:30

**Diagnóstico Pré-Operatório**

S822 - FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

**Cirurgia(s) Realizada(s):**

**Cirurgia Principal:** TRAT CIR DE FRAT DA DIAFISE DA TIBIA  
**Anestesia:** RAQUE COM SEDAÇÃO

Data: 24/09/2019 Início: 09:15 Fim: 09:50

**Equipe Cirúrgica:**

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

4º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrument: \_\_\_\_\_

Aux Anest: \_\_\_\_\_

Consultor: \_\_\_\_\_

Perfusionista: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_

Intensivista: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Pós-Operatório**

**Descrição**

- 1) PCT ANESTESIADO E GARROTEADO
- 2) ASSEPSIA E CAMPOS;
- 3) ACESSO ANTERIOR EM PONTE
- 4) REDUÇÃO CRUENTA SOB TRAÇÃO AXIAL E PASSAGEM PLACA EM T PERFIL BAIXO;
- 5) FIXAÇÃO COM PARAFUSOS CÓRICAIS E ESPONJOSOS;
- 6) LAVAGEM COM SORO; SUTURAS POR PLANOS COM VICRYL 1 E MONONYLON 3.0;
- 7) CURATIVOS E TALA

**Intercorrências / Observações**

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 25/09/2019 10:44

Atendimento: 325117 Entrada: 22/09/2019 Hora: 15:41  
Acomodação: LÉITO C1  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS

Enfermaria ENFERMARIA 07  
Permanência 2 Dia(s), 18 horas  
Matrícula  
Identidade  
C.N.S.: 705000867151159

Paciente: 1625234 GIVANILDO SALES DA SILVA  
Nascimento: 30/12/1979 (39 Anos e 8 Meses)  
Endereço: ENGENHO SERRA  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P. 54510-401  
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO  
Paiz: IVANILDO SALES DA SILVA  
Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.: 07215981452  
Identidade: 5640163 - SDS - PE  
Telefone: / 988970573  
G. instrução  
Ocupação: AGRICULTOR  
Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**CONSULTA NA URGENCIA** (Dr. ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS CRM 18551)

Queixa do paciente:  
**PCTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 5 DIAS, ENCAMINHADO DO DOM HELDER COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA**

Exame físico:  
**DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA**

Hipótese diagnóstica:  
**FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA**

Prescrição/Conduta:

	Horário/Chegada
01 - INTERNAMENTO	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**





## GUIA DE TRANSFERÊNCIA/ENCAMINHAMENTO

Nome: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA CLÍNICA:

---

---

---

---

---

### EXAMES COMPLEMENTARES:

---

---

---

---

---

HD:

### PREScrição ATUAL:

---

---

---

---

---

### TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA:

SENHA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Médico/CRM



UBTM



Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1526234)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

#### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TÍBIA

CID 10:

S82.2

#### CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISE TÍBIA → (XX) DIREITA / ( ) ESQUERDA  
1 PLACA EM T BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICais E DE BLOQUEIO  
21/09/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

#### ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS; EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE TORNOZELO;
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 7H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 as 14:01

DR. JUAREZ SEBASTIAN  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-BA 17938  
CRM-PE 163519  
CFC-PE 11983

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



Assinado eletronicamente por: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS - 15/01/2020 18:47:53  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011518475358800000055590547>

Número do documento: 20011518475358800000055590547

Num. 56509784 - Pág. 16



Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1675234)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LFITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a via - Farmacia / 2a via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1675234)

Endereço: ENGENHO SERRA - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE

Descrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeina 30+500mg)-----1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Nome:

Identidade:

Órgão emissor:

Endereço:

Cidade:

PE:

Assinatura do Farmacêutico

Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA  
15595

24/09/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/09/2019 as 13:59

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



Assinado eletronicamente por: EDUARDO FERREIRA QUARESMA DOS SANTOS - 15/01/2020 18:47:53  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011518475358800000055590547>

Número do documento: 20011518475358800000055590547

Num. 56509784 - Pág. 17

HOSPITAL MODELO

Sistema de Internação -- Ficha de Paciente

Código.....: 15091 Data.: 16/04/2011 Hora: 16:18

Nome.....: GIVANILDO SALES DA SILVA

Apelido....:

Situação: NORMAL]

Idade.....: 39a 8m 23d

Dt.Nasc.: 30/12/1979

Documento...: Sexo....: MASCULINO

Sexo.....: MASCULINO Cor....: SEM INFORMAÇÃO

Estado Civil: SOLTEIRO

Filiação....: IVANILDO SALES DA SILVA  
MIRIAM RODRIGUES DA SILVA

Endereço....: ENGENHO SERRA,  
LOT 80

Cidade.....: CABO

-PE

Bairro.....: CENTRO

Fone.....: 8185031800, 81986576226, 8186

Cep.....: 54510401

Distrito Sanitário:

Classe Econômica..:

Ac de Moradia...:

Tipo de Residência:

Grau de Instrução:

Religião.....:

Profissão.....: OUTROS

Trabalho.....:

Conjugue.....:

Tipo Sanguíneo:

Doador.....: N

Checapac.....: 19791230GIVANILDO MIRIAM ROD

Usuario.....: BETHESLS

Número CNS....: 705000867151159

C.P.F.....: 07215981452

Registro.....:

Identidade....: 56400163

- SDSPE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711824 Cidade: Cabo de Santo Agostinho Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GIVANILDO SALES DA SILVA Data do acidente: 18/09/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: EDEMA RESIDUAL

Sequelas: Sequela não indenizável

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.3.6\_CIRURGIA- CONFORME LAUDO ACOSTADO PAG.1, ONDE REFERE CONSOLIDAÇÃO COMPLETA E ADEQUADA, COM EDEMA RESIDUAL.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

