

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; Telefone: (81) 99959-9624;

PODERES – por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium 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-judicium 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 manejar petições, 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.

Givanildo Sales da Silva
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.

Givanildo Sales da Silva

Declarante



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

NOME
GIVANILDO SALES DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5640163 BDB PE

CPF
072.159.814-52

DATA NASCIMENTO
30/12/1979

FILIAÇÃO
IVANILDO SALES DA
SILVA
MIRIAN RODRIGUES DA
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB



A

Nº REGISTRO
04962751109

VALIDADE
15/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2010

OBSERVAÇÕES

Sem observações

Givanildo Sales da Silva

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
CARO - PE

DATA EMISSÃO
16/06/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

34717815643
PE066319285

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1103873220

PROIBIDO PLASTIFICAR
1103873220





GERSON FERREIRA DOS SANTOS

RUA C R C LOTE 8

CPF: 519.533.404-82

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

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
030350387	UNICA	20/09/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/09/2018	2000314920	586618

CONTA 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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W/h)	193,0000000	0,43729867	84,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			8,08
Contribuição CERLIT - (081) 3272-5779			2,00

TOTAL DA FATURA

94.47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
239067	CAT	22-08-2019	9 401,00	20-09-2019	9 594,00	29	1,00000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		
SET 19 193					Geração de Energia	R\$ 43,22 46,75%
AGO 19 182					Transmissão	R\$ 4,34 4,65%
JUL 19 157					Distribuição (Celpel)	R\$ 26,29 28,43%
JUN 19 149					Perdas de Energia	R\$ 3,26 3,55%
MAI 19 168					Energia Setorial	R\$ 6,17 6,67%
ABR 19 155					Tributos	R\$ 4,17 4,51%
MAR 19 123					Total	R\$ 92,47 100%
FEV 19 146						
JAN 19 138						
DEZ 18 140						
NOV 18 141						
OUT 18 136						
SET 18 106						

TARIFAS APLICADAS		
Consumo Ativo(W/h)		0,41749000

RESERVADO AO FISCO	
82BB 9C18 49B0 63BB 281C 8D97 59D4 F0DD	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você as correções cabíveis ou visite de pessoa física o Centro Arte Test Gráfica e Variedades, rua Sargento Wagner Rodolfo Costa nº 80, Prapemba, Lapa, Rio de Janeiro. Clique em www.cetg.com.br. Na data da entrega e bônus em vigor é a Vermeilha. Mais informações em www.anel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Paga-se, em atraso, cerca de R\$ 2,76 por kWh (ANEL) ou R\$ 1,96 por kWh (LULA) a atualizado monetário no mês seguinte ao CMDS conforme Art. XLVIII do RICMS-PE. Descarte incorreção pela Aplicação de Tarifa B2 RURAL - R\$ 26,65. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º RNE 581/11.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas Unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

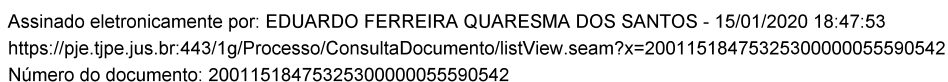
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES						NÍVEL DE TENSÃO		
CABO	CONJUNTO	VALOR ADIQUIDADO 100,00%	LÍMITE MENOR	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
							MÍNIMO	MÁXIMO
DIC		7,73	11,01	22,03	44,07	220	202	231
FC		5,00	7,59	15,19	30,35			
DMIC		3,70	5,98	0,00	0,00			

Límite DICRI: 16,80 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição: = R\$ 43,76

FLUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 43,76

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0591578030	09/2019	27/09/2019	94,47

838800000000-3 94470011000-2 59157803010-7 16955215783-3



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: COLISÃO ENTRE VEÍCULOS

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
MEMBRO 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
SEGUE 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 3H SEM SOLICITAÇÃO, GGPOC FECHARÁ A OCORRÊNCIA, PODENDO SER
REABERTA
MEDIANTE SOLICITAÇÃO.


Vanderlei Soares de Almeida
Secretário de Defesa Social

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

Recife-PE, 27 de setembro de 2019.

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

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



file:///C:/Users/PCIVIL/infopolhem/D/CPmiviro.html

2/2



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC
DINHOªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130006703

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
GIVANILDO SALES DA SILVA (VÍTIMA)

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 Mãe: MIRIAN RODRIGUES DA SILVA Pat. IVANILDO SALES DA SILVA Data de Nascimento: 10/12/1979 Nacionalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 01, ENGENHO SERRA LOTE 80 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: 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: **HE05221 (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)**

Adendo / Observação



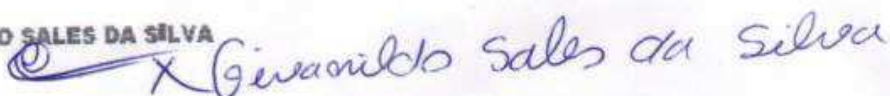
VALOR 13

DOCUMENTO DE AUTENTICAÇÃO

INFORMA VÍTIMA QUE QUANDO EM TRÁFEGO NO ENGENHO SERRA PRÓXIMO DE MIRAPAMA UM VEÍCULO PRISMA JÁ CITADO EM TELA FREIO BRUSCAMENTE E O CONDUTOR DA MOTO VÍTIMA 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 SEQUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARNANDO MOURA.

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

GIVANILDO SALES DA SILVA
(VÍTIMA)



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







SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE WATERFREESTYLE OU POR SUA CARGA/APESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE Nº 014357597338 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

RENAM		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
CABO STO AGOSTINHO-P		2019		14/02/19	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA			
1	072.159.014-52	K105221			
RENAM		MARCA / MODELO			
193210615		HONDA/NXR150 BRO3 MIX E			
ANO/FAB	CAT. IRR	Nº CHASSI			
2009	09	9C2KD0520AR010909			
PRÊMIO TARIFÁRIO					
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)			
36.05	4.01	40.06			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		
4.15	0.32	84.50			
PAGAMENTO		PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>	14/01/19			
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 09.248.608/0001-04					

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014357597338
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA	COD. RENAM	FNTRC	EXERCÍCIO
1	193210615	*****	2019
GIVANILDO SALES DA SILVA			
CABO STO AGOSTINHO-PE			
PLACA	CPF/CNPJ	PLACA	
072.159.014-52		K105221	
PLACA ANT. IUF	CHASSI	COMBUSTÍVEL	
*****	9C2KD0520AR010909	ALCO/GASOL	
1ª NOTOCICLETA			
MARCA/MODELO		ANO/FAB	ANO/MOD
HONDA/NXR150 BRO3 MIX E3		2009	2010
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC./COTAS	
1ª *****		2ª *****	
P IPVA 2019 QUITADO		3ª *****	
V *****			
A *****			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
60.11	0.32	84.50	14/01/19
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA EM FAVOR DE PORTADOR DO BILHETE			
DATA			
14/02/19			
CABO STO AGOSTINHO-PE			
Roberto Carlos Moreira Fontelles			

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 20/09/19

Paciente: Givanildo Sales da Silva

Registro: 1591

Peso Atual: 88

Peso Habitual: _____

Altura: 1,76

Idade: 39

Leito: Verde/170

Parte 1 – Triagem Inicial

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

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: Cirose, 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 25-60% 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; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

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

Para 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 variável 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 proteica está aumentada, mas o déficit proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

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

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

Elia A. Pereira Barreto

Nutricionista

CRN 6 - 10646

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: GUANILDO SÁLVIA MOTA Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: PCR por 10 dias

História da Doença Atual: _____

doença autoimune sistêmica

Frot. EGCHM com m. p. m.

Interrogatório Sintomatológica: _____

PCR + EGCHM



Exame Físico:

Neuromuscular praxias
pulso (+)

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Prot. c/les m. peria (+)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Trat. - Hospitalar

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Dr. Igor Abutrah
Médico ICRM 22777

19 SET. 2019

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

Nome: Cirivaldo Sob Registro: 15091

Clínica: Ortop Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
18/06	<u>II Ortopedia</u>
	<u>Paciente rep. 15 anos, Sem</u>
	<u>queixas no momento, Aguardando procedimentos</u>
	<u>Ortop. C.D. Cirurgião</u>
	<u>Dr. Luciano L. Cunha Jr.</u>
	<u>Ortopedia - Traumatologia</u>
	<u>CRMPE 25.808</u>
29/06	<u>II Ortopedia</u>
	<u>Paciente rep. 15 anos em Vant,</u>
	<u>sem queixas no momento, Aguardando procedimentos</u>
	<u>Ortop. - C.D. Cirurgião, consult. com o Dr.</u>
	<u>C.D. Cirurgião</u>
	<u>Dr. Luciano L. Cunha Jr.</u>
	<u>Ortopedia - Traumatologia</u>
	<u>CRMPE 25.808</u>

CÓD. 38251



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Givanildo Sales da Silva Registro: 15091

Clinica: _____ Enfermaria: Unid - Leito: _____

Data/Hora	
20/09/19	* Suíco Social *
22:55h	Realizada visita ao leito, atendi- mento social. Pac. refere residir com esposa e filho no lar, com pessoa atenciosa. Brincos de Saúde. Prestadas orientações das necessidades e rotinas do Hospital e direitos do usuário do SUS.
21/09/19	<u>AS</u> Assessoria Social com: Amanda MC
22/09/19	Atendimento permeado pelo prejuízo em BFG.
	Aguarda AS

Elaine Augusta D. Souza
Assistente Social
Solange S. P.
Faturamento
-m-

Edson Lacerda
Técnico de
Laboratório

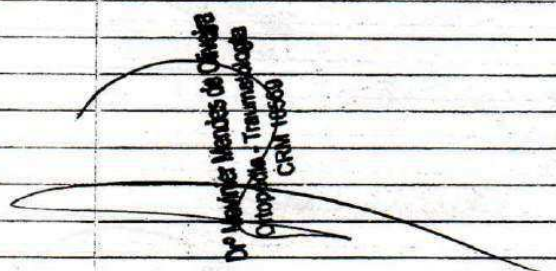
Dr. Marinho Mendes da Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13519



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
22/09/19	Entrada
14:30	paciente em Serviço
	de Emergência Amado Mano
	623317
	
	Dr. Marcelo Mendes de Oliveira
	Otorrinolaringologista
	CRM 14550





ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 15091

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA

Mãe: MIRIAM 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

Rivania Brito

Coordenadora Same/Faturamento

21
Hospital Dom Helder Câmara
José Julio
Assistente Administrativo
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
Usuário do Atendimento: JOSEASF

Data e Hora do Atendimento: 18/09/2019 12:33
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: GIVANILDO SALES DA SILVA
Nome da Mãe: MIRIAM RODRIGUES DA SILVA
Data do Nascimento: 30/12/1979
Idade: 39 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO
RG: 56400163
CPF: 07215981452
Naturalidade: CABO
Carteira Nacional SUS: 705000867151159
Endereço: ENGENHO SERRA
Cidade: CABO
Prontuário: 15091
Nome do Pai: IVANILDO SALES DA SILVA
SDSPE Data Emissão:
Certidão de Nascimento:
Data Emissão:
Escolaridade:
Ocupação Habitual: OUTROS
CENTRO
CEP: 54510401
Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

gem: BOMBEIRO
dico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
modação: 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, anestésias, 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 Câmara
Aluizio Barbosa
Assistente
SAME/Internamento

Condições de Alta: _____
Diagnóstico: _____
Procedimento: _____
Alta em: ____/____/____ Hora: _____
Médico e C.R.M.: _____
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento - SAME
Em: 18/09/2019

Hospital Dom Helder Câmara
18/09/2019



16:17 # encupemo. pcte ultimo DG alguns de biten

H2 pouco Hes, lúmen crura

Der m2 D.

DERX: Frot. FECHAM DG MJD.

CD: 32 RX serie tramo +

RX tuc D + pum D + rú D

Dr. Igor Abutrat
Médico / CRM-PE 7777

18 SET. 2019

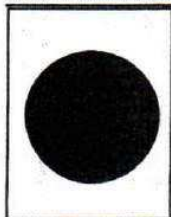


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:

EMERGENCIA - 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)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Juliana Bion Oliveira
Coren-PR 445.775-ENF

PA = 130 x 80 mmHg
SP02 = 98%
FC = 63 bpm

Juliana Bion Oliveira
Coren-PR 445.775-ENF

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

Data Impressão: 18/09/2019 12:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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 C E P 54510-401
Cidade: 2602902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Par: 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: / 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 RG: 5640163
Idade: 39 Anos e 9 Meses Telefone: 988070573 CPF: 07215981452
Plano: SUS - ELETIVAS Enfermaria: ENFERMARIA 08
Previsto: Data: 24/09/2019 Início: 04:30 Duração: 00:30 Acomodação: LEITO 03

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:

Início: 09:10 Fim: 10:00

Cirurgião: JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

Anestesista: ELIVELTON ANDRE DE LIMA SILVA

1º Auxiliar

Aux Anest:

2º Auxiliar

Consultor:

3º Auxiliar

Perfusionista:

4º Auxiliar

Pediatra:

Instrument

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 CORTICAIS 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: LEITO 01
Plano: SUS - FLETIVAS
Responsável: ITALO CORDEIRO DE BARROS IZAIAS
Médico Resp:

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

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: 2802902 CABO DE SANTO AGOSTINHO
Pai: 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: 7 988070573
Instrução: AGRICULTOR
Ocupação: CABO DE SANTO AGOSTINHO
Naturalidade:

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:

	Horario/Checkagem
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:

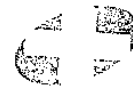
TRANSFERIDO/ENCAMINHADO PARA: _____

SENHA: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Médico/CRM





Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1575234)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

RD:

FRATURA TÍBIA

CID 10:

S82.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFÍSE TÍBIA → (XX) DIREITA / () ESQUERDA
PLACA EM T BLOQUEADA 4,5MM + PARAFUSOS CORTICAIS E DE BLOQUEIO
24/09/2019

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 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-PE 16335 CRM-BA 17638
TEC: 11963

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Armindo Moura

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1675234)

Admissão: 325117

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª via - Farmácia / 2ª via - Paciente

Identificação do Paciente: 325117

Nome: GIVANILDO SALES DA SILVA (1675234)

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

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

ALGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 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:

Telefone:

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:



HOSPITAL MODELO

Sistema de Internacao -- 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...:
Tipo de Moradia...:
Tipo de Residência:
Grau de Instrução...:
Religião.....:
Profissão.....: OUTROS

Trabalho.....:
Conjugal.....:
Tipo Sanguíneo:
Doador.....: N
Checapac.....: 19791230GIVANILDO MIRIAM ROD
Usuário.....: 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

