

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA, brasileiro, solteiro, alpinista industrial, portador do RG nº 8.810.268 SDS/PE e do CPF nº 116.561.124-42, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Fialho, nº 275, Casa: A, Centro, Itapissuma/PE, CEP: 53.700-000.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores e dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, autorizando desde já a sua retenção, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 07 de dezembro de 2020

Outorgante: Wosillei André Ferreira



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA, brasileiro, solteiro, alpinista industrial, portador do RG nº 8.810.268 SDS/PE e do CPF nº 116.561.124-42, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua José Fialho, nº 275, Casa: A, Centro, Itapissuma/PE, CEP: 53.700-000. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 07 de dezembro de 2020

Declarante: Wosilley André Ferreira



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA,
RG/CNH nº 8830.268, órgão expedidor: SSS, UF: PE, CPF: 116.561.124-42,
endereço: RUA JOSÉ FIALHO, nº 275, CASA=A, CENTRO.

CEP: 53.700-000, cidade de ITAPISSUMA-PE, telefone(s) (81) 9.8759-0786, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2019 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 07 de DEZEMBRO de 2020.

Wosilley André Ferreira
Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8.810.268
DATA DE EXPEDIÇÃO	06/11/2014
NOME	<< WOSILLEY ANDRÉ FERREIRA >>
FILIAÇÃO	<< >> << JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA >>
NATURALIDADE	ITAPISSUMA - PE
DATA DE NASCIMENTO	28/10/1994
DOC. ORIGEM	<< CN.10363 L.8 F.191V CART. ITAPISSUMA-PE-09/11/1994 >>
CPF	116.561.124-42
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
F-63 74.991 - 4431	





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **116.561.124-42**

Nome: **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Data de Nascimento: **28/10/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/04/2012**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:12:44** do dia **30/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **D815.58D3.6D55.FF06**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		 CELPE www.celpe.com.br																																																																	
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																																																			
DADOS DO CLIENTE JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA CPF: 069.403.384-70 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JOSE FIALHO 275 -A CENTRO/ITAPISSUMA 53700-000 ITAPISSUMA PE 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		DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 65,68 CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO 3E9A.6821.9CE2.B59B.4715.DA33.4DE9.10F6																																																																	
DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/07/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 14/07/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 116177761		CONTA CONTRATO 007034418033 Nº DO CLIENTE 2016895042 Nº DA INSTALAÇÃO 0006862171																																																																	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TUSD</td> <td>74,00</td> <td>0,44038988</td> <td>32,58</td> </tr> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)-TE</td> <td>74,00</td> <td>0,35626653</td> <td>26,36</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>4,35</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 108286858-15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,63</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 108286858-15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>1,40</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 108286858-15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,65</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGPM-NF 108286858-15/05/20</td> <td></td> <td></td> <td>0,18</td> </tr> <tr> <td>Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002</td> <td></td> <td></td> <td>0,47-</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>65,68</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)-TUSD	74,00	0,44038988	32,58	Consumo Ativo(kWh)-TE	74,00	0,35626653	26,36	Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,35	ICMS Subvenção-CDE-NF 108286858-15/05/20			0,63	Multa por atraso-NF 108286858-15/05/20			1,40	Juros por atraso-NF 108286858-15/05/20			0,65	Atualização IGPM-NF 108286858-15/05/20			0,18	Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,47-	TOTAL DA FATURA			65,68	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>58,94</td> <td>25,00</td> <td>14,73</td> <td>58,94</td> <td>0,80</td> <td>0,47</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>58,94</td> <td>3,73</td> <td>2,19</td> </tr> </tbody> </table>		ICMS		PIS		COFINS		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	58,94	25,00	14,73	58,94	0,80	0,47				58,94	3,73	2,19
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	74,00	0,44038988	32,58																																																																
Consumo Ativo(kWh)-TE	74,00	0,35626653	26,36																																																																
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,35																																																																
ICMS Subvenção-CDE-NF 108286858-15/05/20			0,63																																																																
Multa por atraso-NF 108286858-15/05/20			1,40																																																																
Juros por atraso-NF 108286858-15/05/20			0,65																																																																
Atualização IGPM-NF 108286858-15/05/20			0,18																																																																
Bônus ITAPIU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,47-																																																																
TOTAL DA FATURA			65,68																																																																
ICMS		PIS		COFINS																																																															
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO																																																														
58,94	25,00	14,73	58,94	0,80	0,47																																																														
			58,94	3,73	2,19																																																														
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1"> <thead> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000003191995863</td> <td>CAT</td> <td>15/06/2020</td> <td>1.495,00</td> <td>14/07/2020</td> <td>1.569,00</td> <td>29</td> <td>1,00000 0,00 74,00</td> </tr> </tbody> </table>		NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	000000003191995863	CAT	15/06/2020	1.495,00	14/07/2020	1.569,00	29	1,00000 0,00 74,00	DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>META MENSAL</th> <th>META TRIM.</th> <th>META ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIC-De horas sem energia</td> <td>ITAPISSUMA</td> <td>0,00</td> <td>5,07</td> <td>10,16</td> <td>20,30</td> </tr> <tr> <td>FC-De vezes sem energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>3,23</td> <td>6,47</td> <td>12,95</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>2,86</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Limite DICR: 12,22</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,96</td> </tr> </tbody> </table>		DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL	DIC-De horas sem energia	ITAPISSUMA	0,00	5,07	10,16	20,30	FC-De vezes sem energia		0,00	3,23	6,47	12,95	DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00	Limite DICR: 12,22						Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,96																	
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																												
000000003191995863	CAT	15/06/2020	1.495,00	14/07/2020	1.569,00	29	1,00000 0,00 74,00																																																												
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL																																																														
DIC-De horas sem energia	ITAPISSUMA	0,00	5,07	10,16	20,30																																																														
FC-De vezes sem energia		0,00	3,23	6,47	12,95																																																														
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00																																																														
Limite DICR: 12,22																																																																			
Valor do Encargo de Uso = R\$ 22,96																																																																			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão. Novas Tarifas reajuste médio de 4,88% vigente a partir de 01/07/2020 (Res. ANEEL 2683/20).		NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231																																																								
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																																																		
	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																	
220	202	231																																																																	
DESTAQUE AQUI <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONTA CONTRATO</th> <th>MÊS/ANO</th> <th>TOTAL A PAGAR(R\$)</th> <th>VENCIMENTO</th> <th>TALÃO DE PAGAMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>007034418033</td> <td>07/2020</td> <td>65,68</td> <td>21/07/2020</td> <td>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.</td> </tr> </tbody> </table>		CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO	007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.	PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																							
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO																																																															
007034418033	07/2020	65,68	21/07/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.																																																															



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção.

Leia e reflicta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Parte a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

32484

Série

00116

Wosley André Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Womillely Andre Ferreira
 Loc. Nasc. Stapinoma Est. PE Data 28/10/04
 Filiação forsteleide da Silva Ferreira
 Doc. Nº RG 8810268 SDS/PE Exp. 22/07/09

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 08/11/12 SRTE PE
Santiago mpst 318533-8
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Nascimento.....
 Doc.....



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:
CLAUDIOMAR SOUZA DO BOMFIM ME
CNPJ: 12.362.560/0001-75
Endereço: RUA DO COQUEIRO GRANDE Nº.: 2003
Bairro: CAJAZEIRAS
Município: SALVADOR UF: BA
Esp. Estabelecimento:
Serviços de pintura de edifícios em geral
Cargo: PINTOR ALPINISTA
CBO: 716610

Data de Admissão: 05/02/2019

Registro nº.: Folha/Livro nº.:

Remuneração Especificada:
R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) por Mês.

CLAUDIOMAR SOUZA DO BOMFIM ME

Claudio - Souza do Bomfim ME
CNPJ - 12.362.560/0001-75

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de 28 de SETEMBRO de 2019

Claudio - Souza do Bomfim ME
CNPJ - 12.362.560/0001-75
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

EMP.: MAILSON CESAR DOS SANTOS SILVA EIRELI
CNPJ: 34.335.348/0001-51
END.: DO CEMITERIO 9999 CENTRO
MUNIC.: ARAMARI UF: BA
ESP. ESTAB.: COMÉRCIO
CARGO: ALPINISTA INDUSTRIAL CBO: 514315

DATA DE ADMISSÃO: 27 de Agosto de 2020
REGISTRO Nº: FLS./FICHA: 19

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.400,00
(um mil e quatrocentos reais)

MAILSON CESAR DOS SANTOS SILVA EIRELI

CNPJ: 34.335.348/0001-51
MAILSON CESAR DOS SANTOS SILVA EIRELI

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº
 Data admissãode..... de.....
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída.....de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº
 Data admissãode..... de.....
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída.....de..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Com. Dispensa CD nº





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0121000277**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/07/2020** às **16:04**

Complementa o BO Número: **20E0121000184**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/1/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 1, PRACA DA CAMBOA** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55000-000**
Local do Fato: **PRACA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WOSILLEY ANDRE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA**
Pai: **XX** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8810268/SDS/PE (RG). 11656112442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XX** Pai: **XX** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO HONDA CG 125 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0,0 (UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

COMPACEU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PROXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE

C:/Users/SDS/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

1/2



ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA PERNA DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA PERNA ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.

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

Wosilley Andre Ferreira
WOSILLEY ANDRE FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Micheline Tavares dos Santos* **MICHELINE TAVARES DOS SANTOS** - Matrícula: **2210851**
(Liberado em **08/07/2020** às **16:05**)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 031ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAPISSUMA - DP31ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0121000184**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/03/2020** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2020** às **21:08**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 01, PRAÇA DA CAMBOA** - Bairro: **CENTRO** - **ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PRAÇA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WOSILLEY ANDRE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WOSILLEY ANDRE FERREIRA

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA** Pai: **XX** Data de Nascimento: **28/10/1994** Naturalidade: **ITAPISSUMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8810268/SDS/PE (RG)**, **11656112442 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**
Telefones Celulares:
- **81986557266**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAPISSUMA, 275, RUA JOSE FIALHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX A MERCEARIA DE CHAVINHO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **XX** Pai: **XX** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO HONDA CG 125 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KJQ7241** (PERNAMBUCO/ITAPISSUMA)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/GNV** Seguro/Apolice: **LIDER**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. WOSILLEY ANDRE FERREIRA RELATANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO NAS IMEDIAÇÕES DA PRAÇA CAMBOA PROXIMO AOS CORREIOS DE ITAPISSUMA. INFORMA QUE ESTAVA EM POSSE DA MOTO HONDA CG 125, PLACA KJQ 7241, DE PROPRIEDADE DO SR. CARLOS JOSE DO NASCIMENTO, E QUE VINHA CONDUZINDO QUANDO FOI SURPREENDIDO POR UM CARRO PRENDENDO A SUA



PERNA DIREITA. AFIRMA QUE NO MOMENTO NÃO PERCEBEU A GRAVIDADE DO ACIDENTE, E CONTINUOU CONDUZINDO A MOTO, QUANDO MINUTOS DEPOIS IDENTIFICOU SUA PERNA ENSAGUENTADA COM DOIS TENDÕES QUEBRADOS. A VITIMA INFORMA QUE SEGUIU PARA O HOSPITAL PARA QUE FOSSEM TOMADOS OS DEVIDOS CUIDADOS. NADA MAIS FOI DITO OU REGISTRADO.

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

WOSILLEY ANDRE FERREIRA

**WOSILLEY ANDRE FERREIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **TARCIANA BARBOSA DE QUEIROZ** - Matrícula: **3872432**



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/01/2020 21:36

	Nome Paciente:	WOSILLEY ANDRE FERREIRA SIC
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	28/10/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	25 anos
	Senha:	0144
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 25/01/2020 21:54 - 25/01/2020 21:54

JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: LESAO LACERO CORTO EM PÉ DIREITO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JOSE ROBSON PEREIRA CORDEIRO - COREN: 7955 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/01/2020 21:54

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



5868 688

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1178833

Senha da Classificação:

0144

Data e Hora: 25/01/2020 22:00

Paciente: 172451 WOSILLEY ANDRE FERREIRA Sexo: MASCULINO
 Nome Social: Cor: Preta Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
 Data do Nascimento: 28/10/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA SILVA FERREIRA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: ELIZABETH -- 44 Bairro: TRIUNFO
 Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53625752 Usuário Atendimento: DIEGODFS
 RG (Identidade): 8810268 SDS Data de Emissão: CNS: 20718538891000000000
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 94603146
 CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

UPA IGARASSU
SATURADO

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doença com sintomas de
 fratura no antebraço,

EXAME FÍSICO:

semelhante com um
 fr. no antebraço.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fr. Solto no

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Cláudio Costa Neto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PE 24.099

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

Dito, bom
 1000mg + 500mg 20ml ou mais
 1000mg 20ml ou mais
 Cláudio Costa Neto
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PE 24.099

Médico / Crepepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Crepepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Ex: Fraturas abertas
do 4 e 3 PDD

cr. no hues

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

Paciente admitida na sala cirúrgica para agendar transplante
no hues com fratura exposta.
Ao sair: 60kg, consciente, orientado, sem dor, sem
febre, sem náuseas, sem vômitos, sem alteração de
pulso, etc.

Jose Robson P. Cortez
COREN-RS 203323 ENF

As 02:50h foi realizado o bloqueio em punção
na articulação com a inf. de
hidra -

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: hues SENHA: 5068688
() ÓBITO Data: ____/____/____ AS ____ () ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Cláudio Costa Neto
Médico / Traumatologia
CRM 24.099

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

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

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>368688</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: _____	Idade: <u>25</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Recife</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de 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: <u>Paciente com queixa de dor no abdômen</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Doença inflamatória do intestino</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: <u>X</u>	
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



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

HTO Cerebral

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

05/01/20

Local e data

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 24.099
Médico Assistente



HOSPI. METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/01/2020 03:31

Nome Paciente: WOSILLEY ANDRE FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/10/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0004
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/01/2020 03:40 - 26/01/2020 03:43

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU COM SENHA 5868688. VITIAM DE QUEDA DE MOTO APRESENTA DOR. FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º PDD.

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 149.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Enfermeiro

Kenia Maylla
COREN: 7760 - ENF

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/01/2020 03:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 514363

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 26/01/2020 03:47

Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 28/10/1994 Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

275

Bairro: CENTRO

Endereço: JOSE FIALHO

Cidade/UF: ITAPISSUMA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de moto com trauma
fratura em pé direito, saltos de
mão abertas e na direita

Exame Físico

Consciência orientado e bem
- mds com 36°C

Hipótese Diagnóstico

FX. EXPOS + 2 3 e 4: METATARSO (D)
+ Edema extenso na PE

Prescrição Médica

- CEFOTAXIMA 2g + 2x 6h (SUSP-50)
- Tramadol 50mg 2x 4h + 100mg
- Dipirona 1g + 2x 6h
- S + V + I M
RX PE (D)

AD BLOCO CIRCUNFLEXO
Gentamicina 240mg + 100mg
CLINDAMICINA 600mg + 300mg

Dr. Jan Lacerda
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 23590/CRM-PE: 9624

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	WOSILLEY ANDRE FERREIRA			6 - Nº Prontuário	133654
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700007576041700	28/10/1994	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	JOSICLEIDE DA SILVA PEREIRA			12 - Telefone de Contato	8198655726
13 - Nome Responsável	O MESMO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOSE FIALHO, 275 - CENTRO			16 - Município	ITAPISSUMA
17 - IBGE	260775	18 - UF	PE	19 - CEP	53700000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA E FERIMENTO EXTENSO EM PE DIREITO, CONSCIENTE ORIENTADO EUPNEICO ESTAVEL	
21 - Condições que justificam a internação	CITADAS ACIMA	
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FISICO	

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FX EXPOSTA DE 3 E 4º METATARSO DIREITO	S923	W199	04.08.05.046-2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	16339
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	26/01/2020		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo 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
	E260000001	AIH 262010245137-3
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	50 - Data da Autorização
() CNS () CPF		
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	Dra. Luciana Moraes Traumato (Ortopedia) CRM: 17.777	

Código do Laudo: 514363



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 26/01/2020
Hora.: 09:10

Aviso de Cirurgia : 62514
Paciente : 133664
Convênio Atend. : 1
Leito : 340
Dt. Início : 26/01/2020 08:35
Cid Pré-Operatório : S923
Cid Pós-Operatório : S923

Sala : 0005 SALA 05
WOSILLEY ANDRE FERREIRA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 009
Dt. Fim : 26/01/2020 09:20
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 514365
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimento: 0408020342

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM
FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)

Convênio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO
ANESTESISTA

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
14582 FELIPE CESAR LINS MENDES

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º MTT DO PÉ DIREITO
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICOS + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS K
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR PEDRO THIAGO
ANESTESISTA: DR FELIPE MENDES
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO COM HEMOSTASIA DO MESMO;
5. LIMPEZA EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9%;
- DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
- FIXAÇÃO DAS FRATURAS DE 3º E 4º METATARSOS COM 4 FIOS K Nº 1,5
8. SUTURA DA PELE;
9. CURATIVO ESTÉRIL + TALA GESSADA TIPO BOTA.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
24/02/2020
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Dr. Icaro M. de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25560 PE

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **514365**

Usuário: WESLEYFS

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **WOSILLEY ANDRE FERREIRA**

Idade: 25a 2m 29d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 133664

Data de Nascimento: 28/10/1994

Profissão:

Escolaridade:

CEP 53700000

R.G.:

C.P.F.: 06940338470

Telefone:

- ITAPISSUMA

- PE

Endereço: JOSE FIALHO

Dados da Internação

Origem: INTERNACAO

Data e Hora da Internação: 26/01/2020 04:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-36

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

FATURADO
04/02/2020
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Parentesco:

- Número:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27/01/2020

Hora da Alta: 10:00

Motivo:



Melhorado



A Pedido



Transferência



Óbito



Evasão

Condições de Alta: Bom

Diagnóstico Principal.....: Fract. exposta do fêmur M15 (L)

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: CC + OAC + RFFP ci não K

Dra. Luciana Moser
Traumatologia - Ortopedia
CRM: 17.171

Médico e CRM:

Joseleide da Silva Ferreira
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 514365
Dt Atendimento: 26/01/2020 - 04:04 Dt Alta: 27/01/2020 - 15:19
Paciente: 133664 WOSILLEY ANDRE FERREIRA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 200 ORTO-502-LEITO 004 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: MANOELASTC
CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: PAULAFSC
Em: 26/01/2020 05:37

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 514363 Prontuário: 133664 SAME: 120248 Hora Atend: 03:47 Data Atend: 26/01/2020
Paciente..... : WOSILLEY ANDRE FERREIRA
Endereço..... : JOSE FIALHO
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ITAPISSUMA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 26/01/2020
Idade: 25 a
UF.: PE CEP: 53700000
Plano....: PLANO UNICO
Hora Saída : 04:03

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 5868688
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: _____	Idade: 25
Sexo: M () F () Profissão _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de 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: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
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



SINISTRO 3200262436 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WOSILLEY ANDRE FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO WOSILLEY ANDRE FERREIRA

CPF/CNPJ: 11656112442

Posição em 08-12-2020 11:42:49

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
31/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

