



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** José Inácio Monteiro, Brasileiro, Solteiro,  
Av. Lino, R. 6 1693899 S. 05/PE, CPF 613.345.964-68, Residência  
R. da Tenda Esportiva, 1-A, Cruzes Negras, Bonassu/PE, CEP  
53620-142;

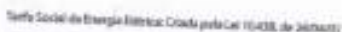
**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro,  
solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº  
802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista,  
CEP 50070-075, Recife/PE.

**PODERES:** Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima  
qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos  
poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo,  
Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de  
defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos  
legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar,  
desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a  
outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para  
ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora  
integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros  
Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 25/11/2020

\_\_\_\_\_  
José Inácio Monteiro  
Outorgante





## MUTA VOCAL + FATORA + CONTA DE ENCONTRO REENCONTRA

Compagnia Energetica do Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.836.812/0001-08 | fax: Tel. 800943-63 | [www.cenpe.com.br](http://www.cenpe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**

CIDICLEIA MACIO MONTEIRO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA TENTE ESQUELETA

CPE: 102 005 104-10 NBS-165a2603894

CRUZ DE RESSOLVIMENTO DA REDUÇÃO  
IGARASSU PE  
5320-142

CLASSIFICAÇÃO  
E1 - INDEPENDENTE  
PARA RECONHECIMENTO

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 096542602  | IMCA       | 2011/03/18 |
| 2011/03/18 | 2010/12/29 | 1302052    |

Call Number: 702.4058209  
 Date: 11/2019  
 Date Due: 03/12/2019  
 Price: 129.53

## FEDERAÇÃO DA MANTA FUSCA

[illegible]

TOTAL DA FATURA

## STUDY RELATIVE TO CONSUMING DIETS WITH HIGH...

| Nº DO<br>MIDOCOR<br>RETIPO | TIPO DA<br>RUMADA | INTERMIO          |         | ATUAL          |         | Nº DE<br>DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CORREÇÃO PREVISTA |
|----------------------------|-------------------|-------------------|---------|----------------|---------|---------------|-----------|--------|-------------------|
|                            |                   | DATA<br>DE INÍCIO | LEITURA | DATA<br>DE FIM | LEITURA |               |           |        |                   |
| 001101                     | OUT               | 01/01/2000        | 11.000  | 01/01/2000     | 12.000  | 31            | 1.000     |        | 1000              |

| TOTALS FOR THE 2000-2001 YEAR |         | COMPOSITION OF THE TOTAL |         |        | COMPARING THE 2000-2001 YEAR |        |         |
|-------------------------------|---------|--------------------------|---------|--------|------------------------------|--------|---------|
| NO. OF                        | PERCENT | NO. OF                   | PERCENT | NO. OF | PERCENT                      | NO. OF | PERCENT |
| ADULT                         | 222     | ADULT                    | 100.0   | ADULT  | 100.0                        | ADULT  | 100.0   |
| CHILD                         | 100     | CHILD                    | 45.0    | CHILD  | 45.0                         | CHILD  | 45.0    |
| TOTAL                         | 322     | TOTAL                    | 145     | TOTAL  | 145                          | TOTAL  | 145     |
| ADULT                         | 222     | ADULT                    | 100.0   | ADULT  | 100.0                        | ADULT  | 100.0   |
| CHILD                         | 100     | CHILD                    | 45.0    | CHILD  | 45.0                         | CHILD  | 45.0    |
| TOTAL                         | 322     | TOTAL                    | 145     | TOTAL  | 145                          | TOTAL  | 145     |
| ADULT                         | 222     | ADULT                    | 100.0   | ADULT  | 100.0                        | ADULT  | 100.0   |
| CHILD                         | 100     | CHILD                    | 45.0    | CHILD  | 45.0                         | CHILD  | 45.0    |
| TOTAL                         | 322     | TOTAL                    | 145     | TOTAL  | 145                          | TOTAL  | 145     |

[illegible]

| Year | Number of Publications |
|------|------------------------|
| 1990 | 10                     |
| 1991 | 15                     |
| 1992 | 20                     |
| 1993 | 25                     |
| 1994 | 30                     |
| 1995 | 35                     |
| 1996 | 40                     |
| 1997 | 45                     |
| 1998 | 50                     |
| 1999 | 55                     |
| 2000 | 90                     |

REPRODUCIBLE MATERIALS

[illegible]

### DECLARAÇÃO

**DECLARO**, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 15 de 11 de 2020  
João Imácio Monteiro





**PRF**

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 20003658B01



Maiores dúvidas acesse: [www.prf.gov.br/portal](http://www.prf.gov.br/portal)



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: [www.prf.gov.br/novobat](http://www.prf.gov.br/novobat)  
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um  
dos envolvidos no acidente. Ofício em papel.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

### INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 19/01/2020 Hora: 18:45 Município: IGARASSU/PE  
BR: 101 KM: 44,9 Sentido: Decrescente  
Policial responsável pelo atendimento: PEDRO MORAIS, 1970035

### ASPECTOS DO LOCAL

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Tipo de via: Principal            | Tipo de pavimento: Asfalto |
| Tipo de pista: Múltipla           | Condição da Pista: Seca    |
| Estrutura Viária: Reta            | Localidade urbanizada: Sim |
| Acostamento: Não                  | Canteiro Central: Sim      |
| Condição meteorológica: Céu Claro | Fase do dia: Plena Noite   |

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

### NARRATIVA

No dia 19/01/2020, por volta das 18:45, no km 44,9, da BR 101, no município de Igarassu - PE, sentido Golana - PE, ocorreu um acidente do tipo atropelamento de pedestre, com um morto, com uma vítima com lesões leves, e, com uma vítima com lesões graves. O veículo envolvido foi uma HONDA/CG 160 TITAN EX(V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados (configuração/condições da pista e do trânsito e características do local) constatou-se que V1 seguiu o fluxo, na pista de rolamento, quando dois pedestres atravessaram a rodovia, em local não apropriado para isso, sem a atenção e os cuidados necessários à segurança, vindo a causar os seus atropelamentos. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. O local foi, parcialmente, preservado. Não foi possível a realização dos testes de alcoolemia, em virtude de encaminhamento das vítimas, para socorro médico.



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Policial Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 4º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-00, de 13 de dezembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/innovati/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle B8E6C5CDE3EDCCF8518C4ADM39A0.

191



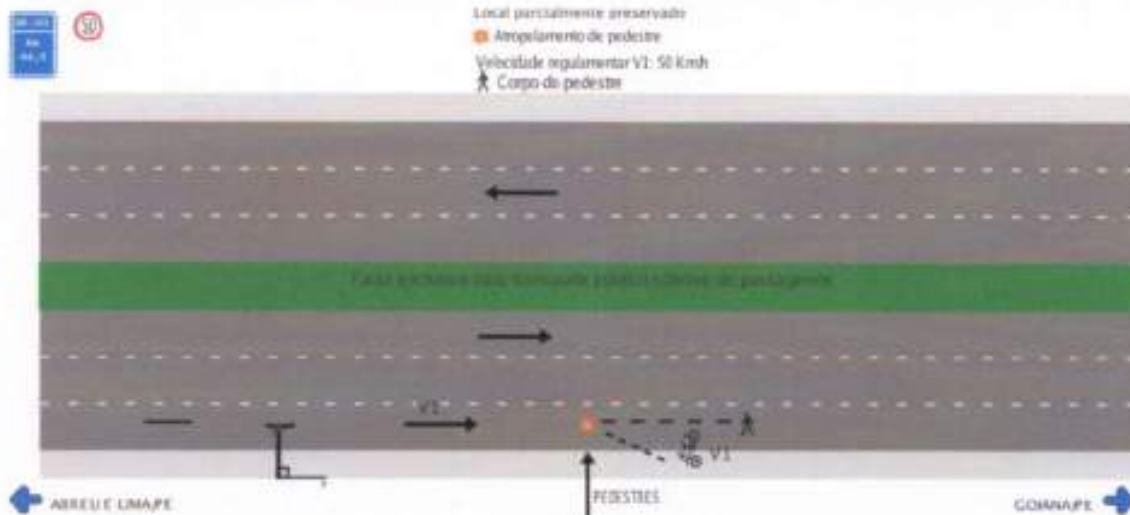


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

| Descrição do Ponto | X (m) | Y (m) |
|--------------------|-------|-------|
| Ponto de colisão   | 12,50 | 4,10  |
| Corpo do morto     | 15,60 | 4,10  |

EVENTOS SUCESSIVOS

| Ordem | Tipo de Evento            | Veículos Envolvidos |
|-------|---------------------------|---------------------|
| 1     | Atropelamento de Pedestre |                     |

MARCAS NO PAVIMENTO

| Evento | Veículo | Frenagem (m) | Dorrapagem (m) | Arrastamento (m) |
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|
|--------|---------|--------------|----------------|------------------|

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

| Tipo de Órgão | Solicitação      | Comparecimento |
|---------------|------------------|----------------|
| Polícia Civil | 19/01/2020 19:00 |                |
| Polícia Civil | 19/01/2020 18:45 |                |

V1 - VEÍCULO 1 - PCK9344 - MOTOCICLETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/verificacao/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB9E6C3CDE3EDCCF851BC4AD939A0.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

Placa: PCK9344      Marca/modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX      Renavam: 01116421787  
Ano fabricação: 2017      Chassi: 9C2KC2210HR011306      Tipo de veículo: Motocicleta  
Espécie: Passageiro      Categoria: Particular      Cor: Vermelha  
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento  
Informações complementares: O veículo foi entregue ao detentor do CRLV, parente do condutor e proprietário, Eraldo Soares de Lima Neto, RG 7251022/SDS/PE. Registre-se que não foi preservada a posição final de V1, após a colisão, não tendo sido, em virtude disso, realizada a amarração deste.



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme sistema oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobus/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle 8B916C3CDE3EDCCF8518C4AD6A99A9.

**191**





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 160 TITAN EX

Placa: PCK9344

Nº BOAT: 20003658B01

Nome do Agente: PEDRO MORAIS

Matrícula do Agente: 1970035

Data: 19/01/2020

| Item | Descrição do Item                    | Valor | Item danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-------|-----------------------------|-----|----|
|      |                                      |       | Sim                         | Não | NA |
| 1    | Garfo dianteiro                      |       |                             | X   |    |
| 2    | Mesa superior da suspensão dianteira |       |                             | X   |    |
| 3    | Mesa inferior da suspensão dianteira |       |                             | X   |    |
| 4    | Coluna de direção                    |       |                             | X   |    |
| 5    | Chassi                               |       |                             | X   |    |
| 6    | Garfo traseiro                       |       |                             | X   |    |
| 7    | Eixo traseiro (triciclos)            |       |                             | X   |    |

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1970035, Policial Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea II do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de dezembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movbatt/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB965C1CDE3EDCCF8518C4AD6439A6.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

V1 - Proprietário

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA  
Email:  
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 107.984.854-18  
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ANDRE LUIZ ROCHA DA SILVA  
CPF: 107.984.854-18  
Estado físico: Lesões Leves

Data de Nascimento: 21/09/1994  
Sexo: Masculino  
Usava capacete: Ignorado

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB

Primeira habilitação: 05/05/2017

Nº Registro: 06837306713

UF: PE

Vencimento da habilitação: 27/05  
/2021

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99 - sem  
observações

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA VICENTINA, 0000000039, CASA, AGUA FRIA, RECIFE-PE  
Telefone:

Email:

E1 - PEDESTRE - NÃO IDENTIFICADO

E1 - Informações

Nome:  
Envolvimento: Pedestre  
Estado físico: Lesões Graves

Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino

Informações complementares: Foi colhido apenas o nome do pedestre, José Inácio Monteiro.

E1 - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não  
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não  
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

E1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1910015, Policial Rodoviário Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/informaticas/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle 8B9E6C3CDE3EDCCF8518C4AD6939A0.

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
PROTOCOLO Nº 20003658B01

Endereço:

Telefone:

Email:

**E2 - PEDESTRE - CIZENANDO INACIO MONTEIRO**

**E2 - Informações**

Nome: CIZENANDO INACIO MONTEIRO

Data de Nascimento: 02/08/1950

Envolvimento: Pedestre

CPF: 613.582.234-91

Sexo: Masculino

Estado físico: Morto

Informações complementares: Número de Identificação do cadáver: 102594.

**E2 - Alterações da Capacidade Motora**

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

**E2 - Dados do Contato**

Endereço: CANDEAIS, SN, RURAL, PASSIRA-PE

Telefone:

Email:



Documento assinado eletronicamente por PEDRO MORAIS, matrícula 1470026, Polícia Rodoviária Federal, em 28/01/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.  
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.gpf.gov.br/transporte/autenticar>, informando o protocolo 20003658B01 e o número de controle BB9E6C3CDE3EDCCF851BC4AD6939A0.

**191**



SENHA DA REGULAÇÃO:

ATT  
NEPI-HR  
24/01/2020



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

CRACHA

ETIQUETA

PRÓTESE

|                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nº PRONTUÁRIO:<br><b>1709472</b>                                                                                                                                                                           |  | Data e Hora de Atendimento:<br>20/01/2020 01:36                                             |  | Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b>                                                   |  |
| Nº. ATEND.: 1538633                                                                                                                                                                                        |  | Paciente: JOSE INACIO MONTEIRO SIC                                                          |  | Nm. Social:                                                                                 |  |
| Data de nascimento: 11/08/1957                                                                                                                                                                             |  | Idade: 62a 5m 9d                                                                            |  | Sexo: <b>MASCULINO</b>                                                                      |  |
| Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b>                                                                                                                                                                              |  | Profissão:                                                                                  |  | Acompanhante: <b>MARIA APARECIDA INACIO M</b>                                               |  |
| DOC ID / Data expedição<br><b>1693849 /</b>                                                                                                                                                                |  | Mãe: <b>ANTONIA CABRAL MONTEIRO</b>                                                         |  | Cartão SUS:                                                                                 |  |
| Pai: <b>MANOEL INACIO MONTEIRO</b>                                                                                                                                                                         |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Endereço: <b>RUA TENTE ESQUECER</b>                                                                                                                                                                        |  | Número <b>1</b>                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Bairro: <b>ENCANTO IGARASSU</b>                                                                                                                                                                            |  | Complemento:                                                                                |  |                                                                                             |  |
| Cidade: <b>IGARASSU</b>                                                                                                                                                                                    |  | UF: <b>PE</b> Telefone: <b>973190913</b>                                                    |  |                                                                                             |  |
| Ocorrências:                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Motivo do atendimento: <b>VITIMA DE ATROPELAMENTO</b>                                                                                                                                                      |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Procedência: <b>HOSPITAL MIGUEL ARRAES</b>                                                                                                                                                                 |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Informações do Serviço Social:                                                                                                                                                                             |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Confirmação de nome:                                                                                                                                                                                       |  | Fones:                                                                                      |  | Assistente Social                                                                           |  |
| Confirmação de endereço:                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>   |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Outros <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                            |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Observação:                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                             |  | Assistente Social                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                            |  | # NIR #                                                                                     |  |                                                                                             |  |
| História Clínica:                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| <p>Paciente vítima de atropelamento há 8 horas, 11 queixa de perda da consciência. Refere dor em antebraço</p> <p>①. Pupilas isocóricas e iguais bilaterais. Boa mobilidade dos quatro membros. E.C.G.</p> |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Atendimento Médico                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |  | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                 |  | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>             |  |
| Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |  | Tipo:                                                                                       |  | Transporte realizado Por:                                                                   |  |
| Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |  | Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                     |  | Altura:                                                                                     |  |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                                                                                                             |  | Por Quê?                                                                                    |  |                                                                                             |  |
| Exame Físico:                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| A: Geral                                                                                                                                                                                                   |  | Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |  | O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: |  |
| B: Respiratório                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| C: Circulatório                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |
| PA: <b>X</b>                                                                                                                                                                                               |  | mm                                                                                          |  | Pulso: <b>85</b> bpm                                                                        |  |
| RCR - 2T BUF SLS.                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                             |  |                                                                                             |  |



|                          |                                                                                                                                         |                                                                                    |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| D. Exame Neurológico     | Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | Pupílas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular | Glasgow: Resposta Verbal                                                                                                                | Glasgow: Resposta Motora                                                           |
| Score: 4                 | Score: 5                                                                                                                                | Score: 6                                                                           |
| Horas: 4                 | Horas: 5                                                                                                                                | Horas: 6                                                                           |

Exame: 15

E. Exposição/Abdômen:

Flanco, depressível, flicado, indolor a palpação

Diagnóstico Inicial: Politraumatizado

Conduta: 1. Avaliação do C.G.  
2. Observação de VCR

Nota  
VI: 19281-PE  
Médico  
urocirurgia

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta e Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade para internamento:  
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:  
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 20-Jan-20

24/01/2020 # C.R. 34214

334 - Exame físico. Sinais vitais em normais. Rx Tórax D

La 12mm: 503, 15000, 11000000

AR: 100%. ALV: 100% / 2000 / 1000

ABO: F, 100%, 100%, 100%

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/12/2020 07:46:00

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122907460054600000071602388

Número do documento: 20122907460054600000071602388

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

|                                   |                                   |                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME:<br>JOSE INACIO MONTEIRO SJC | PRONTUÁRIO:<br>1709472            | ATENDIMENTO:<br>01538885 |
| DATA DE NASCIMENTO: 11/08/1957    | FOI ATENDIDO EM: 20/01/2020 Às    |                          |
|                                   | DATA DA ALTA: 29/01/2020 ÀS 10:47 |                          |

**Diagnóstico Provável:**

FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO

**Tratamento Realizado:**

- 1) FIXADOR TIPO COLLES EM RADIO DISTAL ESQUERDO

**Observação:**

- 1) ALTA ORTOPEDIA  
2) ANTIBIOTICO

**Encaminhado para:**

- 1) RETORNO AGENDADO APOS 3 SEMANAS ALTA HOSPITALAR PRA DR EDGADOR BONFIGLIO

DR. Stanley Napoleão  
Médico  
CREMEPE 29.148

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEÃO - CRM: N° 7472

Recife, 29, JANEIRO ,2020

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



**TRANSFERÊNCIA - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (SENHA**  
**5864231) NEUROCIRURGIA**

NOME: JOSE INACIO MONTEIRO

REG: 133460

IDADE: 62 ANOS SEXO: M DATA DA ADMISSÃO: 19/01/2020 DATA DA TRANSFERÊNCIA:  
19/01/2020

HDA: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO POR VOLTA DAS 20:00 H  
APRESENTA SINAL DO GUAXINIM BILATERAL + FERIMENTO PUNTIFORME EM ANTEBRAÇO  
DIREITO

EXAME FÍSICO: DESORIENTADO, EUPNEICO, CONSCIENTE GS 13 SAT 98% AMB, PA 120X80  
MSD FERIMENTO PUNTIFORME + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO TERÇO DISTAL

TAC CRANIO - HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA  
RX EVIDENCIA FRATURA DE TERÇO DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

HD: TCE + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

OBS: ESTE SERVIÇO NÃO DISPÕE DE ESPECIALISTA EM NEUROCIRURGIA, SOLICITO AVALIAÇÃO

Paulista, 19/1/2020



Dr. Jan Lacerda  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE: 22590/CRM-PE: 9824

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



**REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚGICO HR**

PACIENTE: Jose Fracio REGISTRO: 1209472  
IDADE: 62 SEXO: M ( ) F ( ) SETOR DE PROCEDENCIA: Urgencia

**1-EQUIPE CIRÚRGICA**

CIRURGIÃO: Dr. Bastião / Viny ANESTESISTA: Dr. Danilo  
1ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Sandra

**2-DADOS DA CIRURGIA:**

CIRURGIA: Fratura de punho INÍCIO: 11:15 TÉRMINO: 13:00  
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Bloqueio INÍCIO: 11:15 TÉRMINO: 13:30

**3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

ESTADO GERAL: SOM ( ) REGULAR ( ) GRAVE ( ) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) SEDADO ( ) INCONSCIENTE ( )  
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ( ) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_  
PELE: ÍNTEGRA ( ) LESIONADA ( ) DILATAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) SONDAS: \_\_\_\_\_ DISPOSITIVO URINÁRIO: \_\_\_\_\_ ALERGIA: \_\_\_\_\_ PERTINÊNCIAS: \_\_\_\_\_  
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ( ) TRICOTOMIA ( ) MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) PROTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO ( )

**4-TRANS-OPERATÓRIO**

POSICÃO: FOWLER ( ) LATERAL ( ) DOSSAL ( ) VENTRAL ( ) GINECOLÓGICA ( ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: \_\_\_\_\_  
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: 15 FINAL: 15 CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: 1 FIM: \_\_\_\_\_  
ANTIBIÓTICO: PROFILÁTICO: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: Kefazol HORA: \_\_\_\_\_ PREENCHEU COTA: SIM ( ) NÃO ( )  
GARROTEAMENTO: SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: 13:00 FINAL: 13:15  
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: SIM CONFERIDO POR: Sandra + Viny HORA: \_\_\_\_\_

**5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS**

MONITOR ( ) OXÍMETRO ( ) CAPNÓGRAFO ( ) PNI ( ) ASPIRADOR MONTADO ( ) MANTA TÉRMICA ( ) AP. VÍDEO ( ) TORPEDO DE NITROGÊNIO ( ) TORPEDO DE CO2 ( ) BISTURI ELÉTRICO ( ) MICROSCÓPIO ( ) CAVITRON ( ) INTENSIFICADOR ( ) BOMBA DE INFUSÃO ( ) DIFUSOR ( ) ESTIMULADOR DE NERVOS ( ) DERMATOMO ( ) BISTURI ULTRASSÔNICO ( )  
INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS: SIM ( ) NÃO ( )

**6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES**

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM ( ) NÃO ( ) NOME DA PEÇA: \_\_\_\_\_ MATERIAL: \_\_\_\_\_  
SEÇÃO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICADO POR: \_\_\_\_\_  
CULTURA: SIM ( ) NÃO ( ) EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO ( ) GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO ( ) RX: SIM ( ) NÃO ( )





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Tracio

JX09472

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/01/2020 ~~traumato~~ 03:15  
paciente vítima de Atropelamento  
Má 1ª hora, apresentando  
deformidade em punho direito.  
Ao Rx físico apresenta lesão  
fratura em punho direito,  
com deformidade e equivoque  
pulsos e neurovascularidade do  
membro. Ao Rx apresenta fratura  
de osso, em processo de consolidação  
CD: talo craio palmar. Apresen-  
ta Liberação de NCV. Atropelamento  
traumato.  
Cefalotina 2p.

Dr. Sérgio Roberto S. A. Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEOP 27783

20/01/2020

CG

04 35h

HD. Fratura fechada de MSD

Polihaume

Paciente vítima de atropelamento evolui hemodinamice-  
mente estável querando-se de dor em MSD e em  
face lateral da perna D. Nega dispneia, dor torácica e  
abdômenal.

Os exames EG regulares, coerente, orientado, corado,  
bem perfundido.

WU RCR 2T, BNF. FC=84 bpm.

22-01-20

10/11/2020. COD. 0123

na Direção Hospitalar de Alta Acuidade







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1709472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 27/01/2020 09:06

ATENDIMENTO: 1538885

Leito 600-L10

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 22/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. DEU ENTRADA NA URGÊNCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO. NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO.

HD: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO  
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

SOLICITO RX POS  
SOLICITO EXAMES LAB  
PORTO CLINICO

Dr. Stanley Napoleão  
Médico  
CREMEPE 29.148

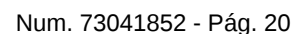


Samdrag.

RELACÃO DE MATERIAIS USADOS FM CIRURGIA

25.72

**CIRCULANTE**

Cod. 0198





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1709472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 27/01/2020 09:07

ATENDIMENTO: 1538885

Leito: 600-L10

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO. NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO  
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

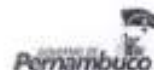
3X SOLICITADO RX POS OP  
SUPOORTE CLINICO  
GUARDA RX

Dr. Stanley Napoleão  
Médico  
CREMEPE 29.148





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1799472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 27/01/2020 09:07

ATENDIMENTO: 1538885

Leito 600-L10

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA, DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO, NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

3X SOLICITADO RX POS OP  
SUPORTE CLINICO  
GUARDA RX

Dr. Stanley Napoleão  
Médico  
CREMEPE 29.148

Napoleão  
Médico  
CRE 29.148





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1709472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 27/01/2020 09:07

ATENDIMENTO: 1538885

Leito 600-L10

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 23/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA, DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO, NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HO: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

SOLICITO RX POS  
SOLICITO EXAMES LAB  
PORTE CLINICO

Dr. Spyrus Napoleão  
Médico  
CRMPE 29.148





AR. MV+ AHT, SIRA. FR = 16 ppm

Abdome placido, depressivel, indolor

ECG=15. Equimose periorbital bilateral

MSD com tala gessada e excoruações em face lateral da perna direita.

Rx torax e pelve sem alterações

Conduta: 1) Alta da CG

2) A NCR e Traumatismo

NR ex. DI. e de

Ph

NP PUNTS PD=PD H+

O sup oventos

O esult

et = Pequeno esult  
superficial D no comp

H+H;

O RM; O H-et.

co. Ho. esult

AMA NR PI TRAUMATO

Dr. Saul Quinino  
Neurocirurgia  
Mestre em Neuropsiquiatria  
CRM 159087 RQE 1505

0102/2020

# 0267219 #

As C. Cirurgico

10:00

conclusão  
23.01.20  
Assinado

CRM-14501  
Cirurgia  
Traumatismo  
CRM-14501

curatw  
25.01.20  
Assinado





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE INACIO MONTEIRO SIC

PRONTUÁRIO: 1709472

SEXO: Masculino

DATA NASC: 11/08/1957

DATA/HORA: 29/01/2020 10:47

ATENDIMENTO: 1538865

Leito 600-L10

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/01/2020

Hora: 09:04

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA, DEU ENTRADA NA URGENCIA COM FERIMENTO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE + CREPTACAO. NEUROLOGICO E VASCULAR PRESERVADO

HD: FRATURA EXPOSTA RADIO DISTAL DIREITO  
REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXADOR EXTERNO TIPO COLLES EM PUNHO DIREITO

CLTA ORTOPEDIA

*assinado. v.o.*  
*29.01.20*  
*[assinatura]*  
Dr. Stanley Nogueira  
Médico  
CREMEPE 29.148



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------|
| Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |       |
| Paciente : <u>José Inácio Monteiro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nº do Registro :                |       |
| Clinica : <u>ORTOPEDIA</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nº do Leito :                   |       |
| Operador : <u>Dr. Rodrigo PASTICK</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |       |
| 1º Assistente : <u>Dr. Junior</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2º Assistente : <u>—</u>        |       |
| Instrumentador : <u>—</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Anestesista : <u>Dr. Renato</u> |       |
| Anestesia :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Duração :                       |       |
| Data da Operação : <u>2010/11/20/20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Início :                        | Fim : |
| Diagnóstico Pré-Operatório : <u>Fratura distal de asso do antebraço direito</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |       |
| Diagnóstico Pós-Operatório : <u>—</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |       |
| Operação Proposta : <u>Tratamento cirúrgico de fratura distal de asso do antebraço direito</u>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |       |
| Operação Realizada : <u>—</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |       |
| DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |       |
| <p>1. Pac em boa analgésica de pleco 7 pedágio</p> <p>2. Aspiria + antiemético + oxigeno de campo arterial;</p> <p>3. Realizada incisão em foco de fratura + drenagem por plano + limpeza exaustiva com SF0,9% + observação da peça da fratura + fixação com fixador externo de collins + fixador com 02 FIO 15.</p> <p>4. Realizado sutura por plano + curativo estéril</p> |                                 |       |
| <p>Dr. André Almeida<br/>Médico<br/>CREMESP 28.788</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |       |

COD. 0342



**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO I**

**INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO CORRETORA DE SEC

**BENEFICIÁRIO** JOSE INACIO MONTEIRO

**CPF/CNPJ:** 61334596468

**Posição em 24-11-2020 09:23:49**

O pedido de indenização do Seguro I  
com a liberação do pagamento para  
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 | Jur Co |
|-------------------|----------------------|--------|
| 09/09/2020        | R\$ 1.687,50         | R\$    |

