

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
8626907 SDS PE

CPF  
097.717.304-60

DATA NASCIMENTO  
30/01/1995

FILIAÇÃO  
ADALBERTO FRANCISCO  
MILANES  
ELIANE SIQUEIRA DE  
OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
06312543263

VALIDADE  
28/06/2015

1ª HABILITAÇÃO  
03/03/2015

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Adalberto de Oliveira Milanes*

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO  
07/03/2016

ASSINATURA DO EMISSOR  
*[Assinatura]*

74586687389  
PE071845879

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1221953729

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1221953729





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV MAL HERMES DA FONSECA 629

CPF 102 851 564-20

SOCORRO/CAVALEIRO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54170-001

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1129264019	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LECTURA
15/02/2018	08/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	205,83

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE
004379001	UNICA
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
06/02/2018	200081329

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	275,0000000	0,66874564	183,80
Contribuição Iluminação Pública			15,24
Multa por atraso-NF 000734666 - 12/12/17			3,98
Juros por atraso-NF 000734666 - 12/12/17			1,46
Atualização IGP-M NF 000734666 - 12/12/17			1,24

TOTAL DA FATURA	205.83
-----------------	--------

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
8302625	CAT	09-01-2016	9 067,05	06-02-2016	9 342,00	26	1,0000		275,00

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem (%)
Geração de Energia	51,46	27,96%
Transmissão	5,41	2,95%
Distribuição	18,65	24,39%
PIS	4,46	7,33%
COFINS	16,90	9,13%
Tributos	51,78	26,16%
<b>Total</b>	<b>181,80</b>	<b>100%</b>

**TARIFAS APLICADAS**

Segmento	Tarifa (R\$/kWh)
Consumo Residencial	0,48036000

**Consumo Residencial**

4684 51EF 1893D

[illegible]

**ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Vencido	Debreviso	Valor	Vencido	Debreviso	Valor
17/01/18	06/02/18	183,34			

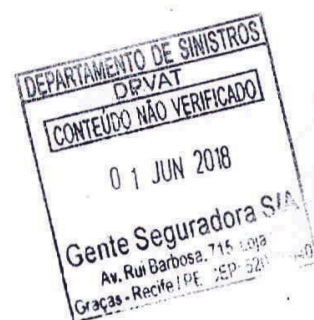
Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores e bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

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.celpa.com.br](http://www.celpa.com.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
USUA- RÍO	VALOR DO APRÓXIMO	LÍMITE MENSAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	TENSÃO	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					NOMINAL	MÍNIMO	MÁXIMO
ONIC	0,00	3,12	6,35	20,30	220		
IFIC	0,00	2,88	0,00	0,00			
DMIC	Límite DECRI 12,22	0,00					

USUÁRIO - Valor do Consumo de Energia de Uso do Sistema de Distribuição: 25.891,11

**PREZADO POR REGIME ESPECIAL**



DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANES

DOC. IDENTIDADE/DOC. EMPREGO/UF  
6626987 GDS PE

CPF  
097.717.308-60

DATA NASCIMENTO  
30/01/1995

FILIAÇÃO  
ADALBERTO FRANCISCO  
MILANES  
ELIANE SIQUEIRA DE  
OLIVEIRA

PERMITEÇÃO  
AB

ACC  
AB

CTY/HAB  
AB

IF REGISTRO  
04312543843

VIGENCIA  
28/06/2019

EXPIRACAO  
03/05/2015

CONDIÇÃO  
Exerce Ativ Remunerada

*Adalberto de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO  
07/03/2016

ASSINATURA DO EMPREGADOR

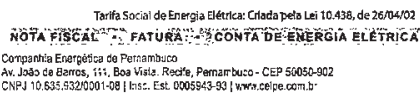
74588627389  
07071645679

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALORES EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1221953729

PRODIGES PLASTIFICAR  
1221953729





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
TV MAL HERVES DA FONSECA 629

CPF 102 851.564-20

SOCORRO/CAVALEIRO  
JABOATAO DOS GUARARAPES PE  
54170-001

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO MESIANO  
1129264019 02/2018

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
004379001	UNICA	05/02/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/02/2018	08/03/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
CEG 372013	2000813234	1744306

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 205,83

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	275,0300000	0,88874584	183,90
Contribuição Iluminação Pública			15,24
Multa por atraso-NF 000734696 - 12/12/17			3,89
Juros por atraso-NF 000734696 - 12/12/17			1,46
Atualização IGP-M NF 000734696 - 12/12/17			1,24

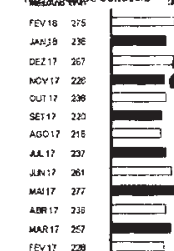
TOTAL DA FATURA

205.83

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO: DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TÍPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
4302029	LAT	08-01-2018 9 087,03	08-02-2018 9 343,05	26	1,0000		275,00

### HISTÓRICO DE CONSUMO

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPO
AF	183,50	25,00	
	183,50	0,50	
FIN	183,50	2,50	

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

de Energia	R\$	51,46	27,00%
ação	R\$	5,43	2,85%
		14,65	24,39%
		48	7,33%
	R\$	16,90	9,18%
	R\$	51,72	28,16%
	R\$	183,88	100%

**Consumer Autonomy**

### TARIFAS APLICADAS

0,46036300

4684.51EF.888E79CBA0F054 E5F1 B93D

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Vendo	Dinheiro	Valor	Vendo	Dinheiro	Valor
17.01.08	06.02.08	183,34			

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores e bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 454/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site [www.casapex.br](http://www.casapex.br)

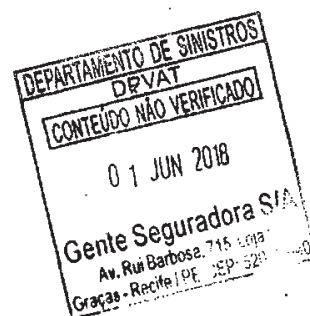
#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	BILANÇO CONJUNTO	VALOR 2017 APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
ENC		0,00	5,02	10,35
ENC		0,00	3,17	6,35
ENC		0,00	2,86	0,00
ENC	Limite 2017	12,22	BILSO - Valor do Encargos de Usc as	

### NÍVEIS DE TENSÃO

LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
inferior	superior
20	20

EURSD - Valor do Encargos de Uso no Sistema de Distribuição = R\$ 68,11



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE/CONTRATANTE:** Adalberto de O. milanêz  
brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: AGENTE DE PREVENÇÃO  
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 8626907 - 5D9, inscrito no  
CPF/MF sob o n.º 097717304 - 66, residente e domiciliado  
RUA MARCHEL HENRI DA FONSECA, n.º 229,  
bairro: SOLARDO na Cidade de JABOATÃO DOS GUARARAPES  
Estado de Pernambuco.

**OUTORGADO/CONTRATADO:** **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**,  
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na  
Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

## PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

Adalberto de O. milanêz  
OUTORGANTE

## CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 22 de NOVEMBRO de 18.

Adalberto de O. milanêz  
CONTRATANTE





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

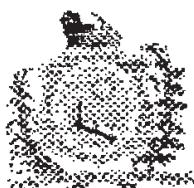
Eu, Adalberto de O. milamiz,  
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 097 717304-60  
residente e domiciliado (a) à Endereço com CEP; declaro sob as penas  
da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem  
como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de  
minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária  
Gratuita nos termos da lei 1060/50.

FEITO 22 de NOVEMBRO de 18.

Adalberto de O. milamiz

- RG 8626907





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0102000693**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2018** às  
**11:51**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **7/2/2018** às **16:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO,**  
**1 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO1 (AUTOR/AGENTE)  
GILMAR RODRIGO MARINHO SALGUEIRO ACIOLI (OUTRO)  
DESCONHECIDO2 (OUTRO)  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO1  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO2

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

**ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:**  
**ELIANE SIQUEIRA DE OLIVEIRA** Pai: **ADALBERTO FRANCISCO MILANEZ** Data de  
Nascimento: **30/1/1996** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**8626907/SDS/PE (RG), 09771730460 (CPF), 06311254324 (CNH)** Estado Civil:  
**AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:  
**- 086676337**

Endereço Residencial: **RUA MARECHAL HERMES DA FONSECA, 629 - CEP: 55000-000 -**  
**Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GILMAR RODRIGO MARINHO SALGUEIRO ACIOLI (não presente ao plantão) -**  
**Sexo: Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



**DESCONHECIDO1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIR9263** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **883363267** Chassi: **9C2KD03306R027401**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO1**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO1**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHM9796** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEICULO3 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO ANOTADA (CARACTERES ANOTADOS: X 5748)**

**Complemento / Observação**

**RELATA O NOTICIANTE QUE CONDUZIA O VEICULO1 EM VIA PUBLICA QUANDO SE ENVOLVEU EM UMA ACIDENTE COM MAIS DOIS VEICULOS, CAINDO EM VIA PUBLICA SENDO SOCORRIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, SENDO POSTERIORMENTE REMOVIDO ATÉ O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS; PRONTUÁRIO Nº 91076423.**

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

*Adalberto de O. Milanez*  
**ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: **350726-2**



21/02/2018 11:40





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0102001733**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/05/2018** às  
**08:47**

Complementa o BO Número: **18E0102000693**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **7/2/2018** às **16:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ENGENHEIRO ABDIAS DE CARVALHO,**  
**1 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO1 (AUTOR/AGENTE )  
GILMAR RODRIGO MARINHO SALGUEIRO ACIOLI (OUTRO )  
DESCONHECIDO2 (OUTRO )  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ (VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO2  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
DESCONHECIDO1

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

**ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mbe.**  
**ELIANE SIQUEIRA DE OLIVEIRA Pai: ADALBERTO FRANCISCO MILANEZ Data de**  
Nascimento: **30/1/1966** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
**8628907/SDS/PE (RG), 69771738468 (CPF), 96311284324 (CNH)** Estado Civil:  
**AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:  
**- 886679337**

Endereço Residencial: **RUA MARECHAL HERMES DA FONSECA, 629 - CEP: 55066-000 -**  
**Bairro: SOCORRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

12/05/2018 06:32



**GILMAR RODRIGO MARINHO SALGUEIRO ACIOLI** (não presente ao plantão) -  
Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO1** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO2** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **GILMAR RODRIGO MARINHO SALGUEIRO ACIOLI**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIR9283** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **223383267** Chassi: **9C2KD03306R027401**  
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2006** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO1**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO1**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/VW/VOL** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHM9706** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEICULO3 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO2**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA NÃO ANOTADA ( CARACTRES ANOTADOS: X 8748)**

**Complemento / Observação**

RELATA O NOTICIANTE QUE CONDUZIA O VEICULO1 EM VIA PUBLICA QUANDO SE ENVOLVEU EM UMA ACIDENTE COM MAIS DOIS VEICULOS, CAINDO EM VIA PUBLICA SENDO SOCORRIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, SENDO POSTERIORMENTE REMOVIDO ATÉ O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS; PRONTUÁRIO Nº 01076423. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL. CASO AFETO A DELEGACIA DE MUSTARDINHA. O BO FOI COMPLEMENTADO A PEDIDO DA VÍTIMA, POIS O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI TROCAD.

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

*Adalberto de O. Milanez*  
**ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDÊNIO GALIXTO DE PONTES** - Matrícula: **161806-2**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000264 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ, 23 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 8626907 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.717.304-60, residente à RUA MARECHAL HERMES DA FONCECA, nº 629, SOCORRO, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 07/02/2018, por volta das 16:00 hs, no endereço: AV. ABDIAS DE CARVALHO, S/N, TORRÕES RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEL GOL PRATA KHM9796-PE ; MOTOCICLETA BROS PRETA KIR9263-PE ; CAMIONETA RENAULT/DUSTER DYN16 SCE BRANCA PDX5748-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ, inscrito sob o CPF nº 097.717.304-60 e Registro Geral nº 8626907, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710390-5 ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1076423. Ficou aos cuidados do médico EMANUEL ALENCAR, registro 18711. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 24/05/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>. consultar protocolo nº 2018APH000264*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 07/02/2018 16:37



Nome Paciente: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 30/07/1995  
Sexo: Masculino  
Idade: 22  
Senha: E0015  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 07/02/2018 16:38 - 07/02/2018 16:40

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

**LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:

**LARANJA**

Queixa Principal:

RELATO DE DOR + AMPUTACAO DE 5 QDE APOS COLISAO MOTO X CARRO.  
HAS-  
DM- ALERGIA NEGA

Observação:

BOMBEIRO

Histórico sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- DOR INTENSA?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 07/02/2018 16:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE  
RISCO DE QUEDA

NOME:

Adalberto de Oliveira Miranda

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

07/02/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.

CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS                                      |
| <input type="checkbox"/>            | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS                                    |
| <input type="checkbox"/>            | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO                                   |
| <input type="checkbox"/>            | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA                              |
| <input type="checkbox"/>            | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| <input type="checkbox"/>            | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA                                      |
| <input type="checkbox"/>            | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)                        |
| <input type="checkbox"/>            | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA           |
| <input type="checkbox"/>            | SEDAÇÃO/ANESTESIA   |
| <input type="checkbox"/>            | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL             |
| <input type="checkbox"/>            | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL                                  |
| <input type="checkbox"/>            | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA  |
| <input type="checkbox"/>            | PACIENTE CIRÚRGICO  |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

Alessandro Lucena

Enfermeiro

CONCREM 335975

ENFERMEIRA/COREN:

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.650-060  
Fone: (0XX) 51 31846600

HGV-1028.V.1.2018.







# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 541930

Prontuário: 1076423

Nome: ADALBERTO C

Data Nasc.: 30/01/1999

CPF:

Endereço: RUA MARE

Bairro: SOCORRO

CEP: 54170000

Nome da Mãe: ELIAN

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: PAC REFERE VITIMA E ACIDENTE DE TRANSITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

- ATENDIMENTO DATA: 07/02/2018 HORA: 16:49 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Motorista: ☐ Passageiro: ☐  
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Local de Impacto: ☐  
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐ m  
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Transporte Realizado por: ☐  
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Por que: ☐  
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: ☐ C°

B: Respiratório

C: Circulatório

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular Escor: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escor: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escor: Hora:

AVULSÃO (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA) DO 5º PDC.

Obs: O BOMBEIRO TROUXE O MEMBRO AMPUTADO EM UM SACO COM CÉLIO (BOMBA FREQUENTE)





HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
ABDOMEN GROSSO FLACIDO	
Diagnóstico Inicial: POLITRAUMATIZADO	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica RX DE TORAX - RETENÇÃO CERVICAL - PE ESQUELETICO	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	Código Procedimento:
DIETA LITTO 3 SE - 1000 ml 31 CETOPROFENO 100	Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos	Código Procedimento:
AVANÇADA DA ORTOPEDIA	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito
Informação do Serviço Social:	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os 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 deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 07/02/2018 16:49 h JOSENEIDEAS	impressão: 07/02/2018 16:49 h JOSENEIDEAS

SOT: Acidente de moto. Amputação parcial de 5º PDE.  
Vem com moto amputada inadequadamente acondicionada. Imedi-  
ta p/ reimplante.

CD: Ao bloco cirúrgico após liberação da cirurgia.  
SAT 5000 U ml  
VAT 0,5 U ml  
Cul. Int. 72 + AP 10

Médico

Thiago Bernardo dos Santos  
Ortopedia/Joelho  
COE 178417/SBOT 1344





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a)

*Ada/Info*

*Leblunio M. Leung*

, necessita de

*15*

*QUINTE*

dias

de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID:

*HGV*

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

*Recife 07/07/2018*

LOCALIDADE E DATA

*Dr. Carlomano Maciel*

Ortopedia

CRM-PE 12978

SBOT 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Cordaio

Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone 0XX81 31845600

HGV 1017.V 1 2013

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
01 JUN 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ REG: 1076423

Data da operação: 07/02/2018

Operador: DR RAFAEL LUZ 1º auxiliar: MR ARISSON LEITE / TÉRCIO VASCONCELOS

Diagnóstico pré-operatório: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 5PDE

Tipo de operação: REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DE 5PDE

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local
- 2) Antissepsia e assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizada amputação traumática de 5PDE
- 5) Realizada regularização de coto de 5ºPDE
- 6) Limpeza exautiva com soro fisiológico 0,9%;
- 7) Realizada sutura de coto com nylon 2.0;
- 8) Curativo estéril;

Dr. Tércio Vasconcelos  
CRM 1076423  
MÉDICO  
CRM 1076423 / CRM 1076423



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME: Adelberto de Oliveira Pinheiro

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ Nº DO REGISTRO: 1076423

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ F. ☐ M.

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

COMORBIDADE: Amputação transiç para 5 PDE

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Implantação de coto de amputação transiç

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): pernal de 5 PDE

DATA DA INTERNAÇÃO: 07/02/18 DATA DA ALTA: 09/02/18 DIAS DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_ CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Rafael da S.</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Amilton da S.</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS  
Amputação transiç para 5 PDE

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: amputação transiç para 5 PDE

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: 08/02/18

Dr. Carlomano Maciel  
Ortopedia  
CRM-PE 12978  
RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Avenida General San Martin s/n - Cordelro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: (081) 3142.4400

14/2014/10/1/2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ

Prontuário: 01076423

Data de Nascimento: 30/01/1995

Idade: 23a 0m 20d

Sexo: MASCULINO

## RECEITUÁRIO

### LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PÉ ESQUERDO NO DIA 07/02/18 APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO, CURSANDO COM FERIMENTO EM 4º PDE + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA PARCIAL DE 5º PDE. SUBMETIDO À REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA NO 5º PDE, LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA, TENDO ALTA NO DIA 08/02/18.

ESTÁ SENDO ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO, SEM PREVISÃO DE ALTA NO MOMENTO. VEM HOJE COM QUEIXAS DE DORES EM 4º E 5º PDE.

EF: FO DE POS OP DE AMPUTAÇÃO DE 5º SECA, SEM FLOGOSE. FO EM 4E PDE LIMPA, SECA, SEM FLOGOSE.

CID 10: S68.1

DEIXO A CARGO DE MÉDICO PERITO QUESTÕES TRABALHISTAS E AFINS.

*Daniel B. Nicolletti*  
MÉDICO  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PE 25331

Recife, 19 DE FEVEREIRO DE 2018

DANIEL BRASIL ARAUJO NICOLLETTI - CRM: Nº.25331

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

ADALBERTO DE O. MUNIZ

\_\_\_\_\_ necessita de 20

VINTE

dias de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: 568-1

HGV.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIFE, 12/02/18

LOCALIDADE E DATA

*Daniel B. Nicollerti*  
**MÉDICO**  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PE 25 331

Assinatura do Médico - CRM nº \_\_\_\_\_

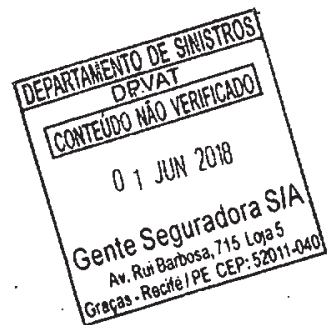
**NOTA:** Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Avenida General San Martín s/n - Cordeiro

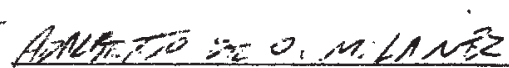
Recife/PE - CEP 50 630-060

HGV 1017.V.1.2013

Fone 0XX 81 31845600



	<b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>SOLICITAÇÃO DE</b> <b>BOLETIM DE</b> <b>ESCLARECIMENTO</b>

NOME DO PACIENTE: <b>ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANES.</b>			
NOME DA MÃE: <b>ELIANE SIQUEIRA DE OLIVEIRA</b>			
DATA DE NASCIMENTO: <b>30/05/1995</b>		IDADE:	NATURALIDADE:
ENDEREÇO: <b>R. MANOEL HERMES DA COSTA</b>		Nº <b>629.</b>	
BAIRRO: <b>SOCORRO</b>	CIDADE: <b>JABOATÃO</b>	ESTADO: <b>PE</b>	
Nº PRONTUÁRIO: <b>1076423</b>		Nº CARTÃO SUS:	
INTERNAMENTO/CIRURGIA:			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX):		CLÍNICA (ESPECIALIDADE):	ENFERMARIA/LEITO: <b>SR 09</b>
HOSPITAL DIA: ( )		CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ( )	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )
DATA DE INTERNAMENTO <b>07.02.18</b>	DATA DE CIRURGIA _/_/_	DATA DE ALTA <b>08.02.18</b>	DATA DO ÓBITO _/_/_
NOME DO SOLICITANTE:			
GRAU PARENTESCO: <b>0 MEU</b>			
DOCUMENTO APRESENTADOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE CASAMENTO <input type="checkbox"/> PROCURAÇÃO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> MANDADO JUDICIAL <input type="checkbox"/> PACIENTE USA PROTESE QUE TIPO:			
<b>ATENÇÃO/IMPORTANTE</b> Informações sobre andamento do Processo, após 30(trinta) dias úteis, entrar em contato através do telefone (81) 3184-5662, segunda à quinta, de 08:00 às 12:00h. Informamos que a previsão de entrega do Laudo será 30 dias úteis, no Arquivo(SAME), no 1º andar.			
<b>ENTREGA DE LAUDOS</b> Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta – feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar. Será entregue ao próprio paciente (munido de documentação oficial com foto), parentes de 1º Grau (que comprove proximidade com o paciente) e terceiros (munidos de procuração, reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar.			
<b>SOLICITAÇÃO DE LAUDOS</b> Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.			
Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, onde constará Diagnóstico, Tratamento e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.			
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <b>LAUDO + COPIA</b>   <b>DO</b>   <b>PRONTUÁRIO</b> </div>		Recife, <u>21</u> de <u>FEVEREIRO</u> de 20 <u>18</u>   ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	
FONE:		Nº DO RG OU CPF:	

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro  
 Recife – PE - CEP. 50.830-080  
 Fone: 0XX.81.3184.5600  
 E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

ADALBERTO DE O. MUNIZ

\_\_\_\_\_, necessita de 20

( VINTE ) dias de  
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo  
de doença.

CID: 568.1

HGV.

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

RECIFE, 12/03/13

LOCALIDADE E DATA

Daniel B. Nicollenti  
**MÉDICO**  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PE 25 331

Assinatura do Médico - CRM nº \_\_\_\_\_

**NOTA:** Este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone: 0XX 81 31845600

HGV.1017.V.1 2013

Fone: 0XX 81 31845600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



Paciente: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ

Prontuário: 01076423

Data de Nascimento: 30/01/1995

Idade: 23a 2m 22d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

75ºDPO DE FERIMENTO EM 4ºPDE

7ºDPO DE AMPUTAÇÃO PARCIAL TRAUMÁTICA DE 5ºPDE

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

### Observação:

PACIENTE PERSISTE COM QUEIXA DE DOR FORTE EM 4º E 5ºPDE ASSOCIADO À DÉFICIT DE EXTENSÃO EM 2º, 3º E 4ºPDE. AO PERITO.

Dr. Felipe Frágoso  
CRM: 26180

Recife, 23 DE ABRIL DE 2018

FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a)

Ada/berto

Leônidas Maciel

necessita de

15

QUINTE

dias

de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: \_\_\_\_\_

HGV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 07/02/2018

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carlomano Maciel  
Ortopedia  
CRM-PE 12978  
SBOT 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

**NOTA:** Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martín s/n - Cordeliro  
Recife/PE - CEP 50.630-060  
Fone 0XX81 31845600

HGV.1017.V 1 2013





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ

**1. Ocorrência da Emergência:** 541930

**1.1 - Atendimentos em:** 07/02/18

**1.2 - Às 16 horas e 49 minutos.**

**1.3 - Internado:** SIM

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No.** 1076423

**2.1 - Internado em:** 07/02/18

**2.2 - Alta em:** 08/02/18

**3. Hipótese Diagnóstica:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**4. Tratamento:** CIRURGIA EM 07/02/18 = REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO ESQUERDO.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 23.7.2018

HORA: 08:58:13

PASTA: 01.07.2018

TB

RS

Dr. Tadeu Buril  
SDC - CREMEPE-3019  
MAT. 0586683

Dr. Tadeu Buril.



3180253034



Atestado Médico

Paciente ADOLBERTO DE OLIVEIRA UNHAUZE, nati-  
vidade de acidente de trânsito em 07/02/2018 Segurador  
B.O de N° 18E0102000693

Doença Fratura do fêmur com Aterotrombose  
Transmitida ao JPD do trânsito. Foi operado  
em 07/02/18 p/ Realização do W/O de Amputa-  
ção

O mesmo evolui com sequelas defui-

- ções -
- Deformidade artroscópica do joelho
  - Comprometimento a deambulação
  - Comprometimento em 70% do movimento de extensão do joelho

Cio no SGB. Alta Ambulatorial Definitiva

Pedro Marques  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: PE 8594  
CPF: 172.842.224-04

26/09/18

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE  
Tel.: (81) 3642.3278 / 98897.4903





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
**Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA  
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810155

Processo nº **0089087-03.2018.8.17.2001**

AUTOR: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DESPACHO

1- Defiro o pedido de gratuidade.

2- Observo que a presente se refere a cobrança de seguro DPVAT. Essas ações, como de praxe, necessitam de laudo médico para identificar e quantificar o grau da(s) lesão(ões).

3- Desta feita, procedo à **adequação formal** do procedimento e, **nomeio, desde logo, como perito do juízo o Dr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE n. 16.868**, com consultório **localizado na Rua General Joaquim Inácio, 830, sala 812, Empresarial The Plaza Business Center, Ilha do Leite, Recife – PE - CEP 50070-270 - Tel.: 81 4101-0698**, fixando seus honorários na importância estabelecida por meio de convenção entabulada entre a Seguradora Líder e o TJPE (DPVAT/JUR-583/2015 e Ofício nº 005/2015-TJPE/CGSRCAC), sendo oportuno destacar que o citado perito, verbalmente, aceitou o encargo.

4. Designo o **dia 27 de fevereiro de 2018**, no horário entre as 13h-15h (ordem de chegada), para realização da perícia, no consultório médico indicado.

5. Assim, cite-se/intime-se a ré, para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da juntada do A.R (CPC, art. 231) contestar o presente feito, sob pena de revelia e confissão, bem como efetivar o depósito judicial do valor de R\$ 200,00, perante a Caixa Econômica Federal, cientificando-lhe, ainda, da perícia, ora designada.

6. Intime-se também a parte autora, **pessoalmente**, e seu advogado (eletronicamente), para comparecimento, ficando advertida, desde logo, que sua ausência injustificada será interpretada como desinteresse na produção da prova, e o feito será julgado no estado em que se encontrar.

7. Apresentada a contestação, intime-se a parte autora para, querendo, manifestar-se, no prazo de 15 dias (CPC, art. 350).



8. Apresentado o laudo, expeça-se o competente alvará em favor do Srº perito.

9. Após, voltem-me conclusos para sentença.

10. Esclareço, por fim, que o presente despacho servirá como mandado, sem necessidade de assinatura ou nova conclusão.

11.Cumpra-se.

Recife, 10 de dezembro de 2018

Alexandre Freire Pimentel

Juiz de Direito

gctg







Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário

## DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA  
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção A da 29ª Vara Cível da Capital  
Processo nº 0089087-03.2018.8.17.2001  
AUTOR: ADALBERTO DE OLIVEIRA MILANEZ

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção A da 29ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 38952868, conforme segue transcrito abaixo:

**"DESPACHO** 1- Defiro o pedido de gratuidade. 2- Observo que a presente se refere a cobrança de seguro DPVAT. Essas ações, como de praxe, necessitam de laudo médico para identificar e quantificar o grau da(s) lesão(ões). 3- Desta feita, procedo à adequação formal do procedimento e, nomeio, desde logo, como perito do juízo o Dr. Paulo Fernando Bezerra de Menezes Filho, CRM-PE n. 16.868, com consultório localizado na Rua General Joaquim Inácio, 830, sala 812, Empresarial The Plaza Business Center, Ilha do Leite, Recife – PE - CEP 50070-270 - Tel.: 81 4101-0698, fixando seus honorários na importância estabelecida por meio de convenção entabulada entre a Seguradora Líder e o TJPE (DPVAT/JUR-583/2015 e Ofício nº 005/2015-TJPE/CGSRCAC), sendo oportuno destacar que o citado perito, verbalmente, aceitou o encargo. 4. Designo o dia 27 de fevereiro de 2018, no horário entre as 13h-15h (ordem de chegada), para realização da perícia, no consultório médico indicado. 5. Assim, cite-se/intime-se a ré, para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da juntada do A.R (CPC, art. 231) contestar o presente feito, sob pena de revelia e confissão, bem como efetivar o depósito judicial do valor de R\$ 200,00, perante a Caixa Econômica Federal, cientificando-lhe, ainda, da perícia, ora designada. 6. Intime-se também a parte autora, pessoalmente, e seu advogado (eletronicamente), para comparecimento, ficando advertida, desde logo, que sua ausência injustificada será interpretada como desinteresse na produção da prova, e o feito será julgado no estado em que se encontrar. 7. Apresentada a contestação, intime-se a parte autora para, querendo, manifestar-se, no prazo de 15 dias (CPC, art. 350). 8. Apresentado o laudo, expeça-se o competente alvará em favor do Srº perito. 9. Após, voltem-me conclusos para sentença. 10. Esclareço, por fim, que o presente despacho servirá como mandado, sem necessidade de assinatura ou nova conclusão. 11. Cumpra-se. Recife, 10 de dezembro de 2018 Alexandre Freire Pimentel Juiz de Direito"

RECIFE, 17 de dezembro de 2018.

**CAMILA LEITE MOREIRA MAGALHÃES**  
Diretoria Cível do 1º Grau

