



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): KIARA KAYSSA FEITOSA
inscrito no CPF: 000.000.000-00, vem solicitar com respaldo
no Art. Nº 1 da Instrução Normativa nº 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada
em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam
sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção
Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da
distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser
inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 20 de Dezembro de 2017.

“DE ACORDO”:

Muriel Maiana Leitão
Autor(a)





INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor MURIEL MAIARA FEITOSA, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUZ DO CAPIBARIBE – PE.

OUTORGADOS: BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE pelo nº 22.090, MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE pelo nº 25.324 e VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua capitão José da Luz, nº 137, Sala 502. Ed. Condomínio Cervantes Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES:

Da cláusula "Ad Judicial" representando a outorgante perante qualquer Juízo, Tribunal ou Órgão Administrativo, podendo ainda, apresentar queixa, assinar, requerer, transigir, dar quitação, desistir, firmar e prestar compromisso, apresentar declarações, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, 22 DE DEZEMBRO de 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA





DECLARAÇÃO

KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor MURIEL MAIARA FEITOSA, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUZ DO CAPIBARIBE – PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE / PE, 22 DE DEZEMBRO de 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA



17/06/2018 11:06:34



DECLARAÇÃO DE POBREZA

KIARA RAYSSA FEITOSA, Menor, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, portado do CERTIDÃO DE NASCIMENTO DE Nº 37.354, LIVRO-A-47, Assistido (a) legalmente por Sua Genitor **MURIEL MAIARA FEITOSA**, brasileiro (a), Profissão: autônoma, inscrito (a) no CPF sob o nº 091.062.294-92 e portador (a) da cédula de identidade nº 8.052.323 SDS-PE, residente e domiciliado (a) RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO, Nº 120 – NOVA PALESTINA – SANTA RUIZ DO CAPIBARIBE – PE. Assistido (a) como Contratado De acordo com as Leis nº 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

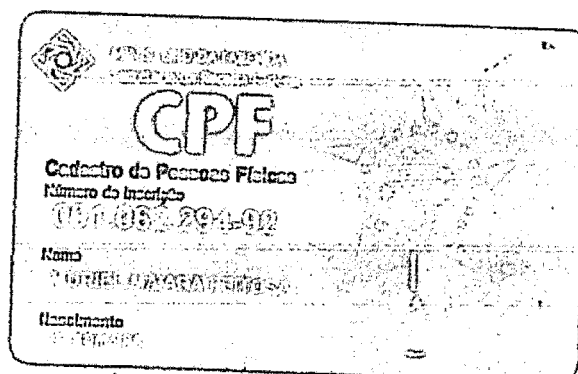
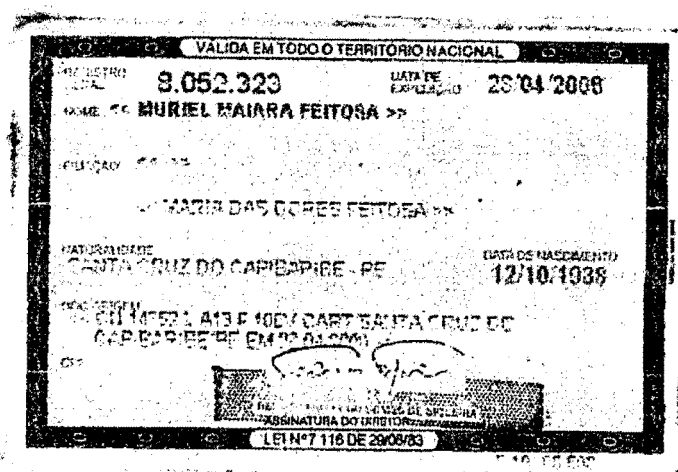
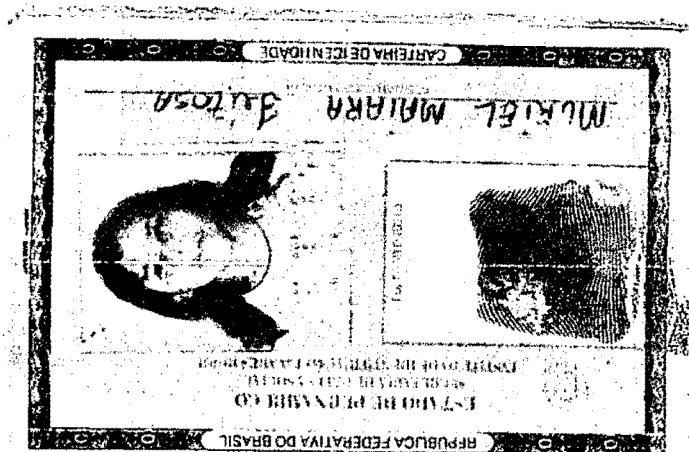
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE- PE, 22 DE DEZEMBRO DE 2017.

Muriel Maiara Feitosa

MURIEL MAIARA FEITOSA







Assinado eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI - 06/06/2018 01:06:34



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MURIEL MAIARA FEITOSA

RG nº 8.052.323, data de expedição 23/04/06, Órgão SDS-PE,

CPF nº 091.062.294-92 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NICOLAU TEODORO ARAÚJO</u>
Número	<u>120</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA PALESTINA</u>
Cidade	<u>STª CRUZ DO CAPIBARIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55190-000</u>
Telefone de Contato	<u>96092879</u>
E-mail	<u>~ ~ ~ ~ ~</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: STª CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 04-10-2017

Assinatura do Declarante: Muriel Maiara Feitosa





SINISTRO 3170563076 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KIARA RAYSSA FEITOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO KIARA RAYSSA FEITOSA

CPF/CNPJ: 09106229492

Posição em 06-12-2017 08:28:47

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

07/12/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50
------------	--------------	----------	--------------

06/12/2017 07:27







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0218003425**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/09/2017** às
09:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **6/8/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO, AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 01, AO LADO DA MAKITAL - DEPOIS DO OSCAZÃO -**
Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ AILTON SALES (OUTRO)
KIARA RAYSSA FEITOSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
KIARA RAYSSA FEITOSA

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

KIARA RAYSSA FEITOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MURIEL MAIARA FEITOSA Data de Nascimento: 7/5/2008 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 120, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL, RUA NICOLAU TEODORO ARAGÃO - BAIRRO PALESTINA**

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

JOSÉ AILTON SALES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO







DEUS DEUS DEUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CERTIDÃO DE NASCIMENTO
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
ESTADO DE PERNAMBUCO

A. Freire de Sousa Cartório
Alice Freire de Sousa - Titular
Aline Freire de Sousa Ferrez - 2ª Substituta
CGC:01.697.038/0001-28 - CPF: 355.952.604-68
Av. Ramiro Alves da Rocha, nº 73 - Centro - I andar (BXX81) 31/31 - 3191

Certifico que nas Fls: 134, Livro: A-47, Nº: 37.354, encontra-se o registro de nascimento de
Kiara Rayssa Feitosa, do sexo feminino, nascido(a) aos
sete de maio de dois mil e seis (07/05/2006), às 10:50
horas, Fundada - Hospital, na cidade de: Taquaritinga do Norte - PE
Filho(a) de Muriel Maiara Feitosa
rua: Nicolau Teodoro Aragão, 120 - bairro: Palestina, nesta cidade
solteira, pernambucana, agricultora,
com 17 anos de idade na ocasião do parto.
Avós Paternos: xxx
Avós Maternos: Maria das Doras Feitosa
Registro feito no dia 30 de junho de 2006
Testemunhas:
Artigo 197 do regimento interno da Corregedoria deste Estado
Sob número de Di: 23926203

Declarante: Muriel Maiara Feitosa - Acomp. da mãe.

Obs: Primeira via.

Santa Cruz do Capibaribe, sexta-feira, 30 de junho de 2006

OFICIAL



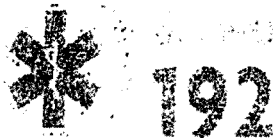
FIRMA - SÃO PAULO	FIRMA DO CARTÓRIO	FIRMA DOS TABELÕES
TABELÃO JOSÉ CYRILLO RAIMON DE PAULISTA MACIEL JUNIOR - ITAÇARA	JOSÉ DOS PASSOS CARVALHO - IT	PAULO GUERITA JOÃO NOME TABELÃO MACIEL RECHT - IT

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE
VALOR COMITADO NA TELA DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
(1º DISTRITO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE)
ALICE FREIRE DE SOUSA OFICIAL
ALINE FREIRE DE SOUSA 2ª SUBSTITUTA







PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da menor.
KIARA RAYSSA FEITOSA REG- 37.354, que consta nos registros de
ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA CRUZ DO**
CAPIBARIBE. no dia 06 de agosto de 2017, às 16h37m, na PE 160, ID-0486
RG-20.708, com queixa de colisão de moto com moto, tendo sido enviada pela
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB), que prestou atendimento a vítima no
local, transportando-a para UPA 24H

De acordo com o registro de informação do **SAMU**, foi realizado protocolo de
trauma, avaliação primária pela equipe, feito AVP, monitoramento, remoção
para UPA 24h de Santa Cruz do Capibaribe.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 05 de SETEMBRO de 2017.

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora SAMU
Mat. 904029

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
Coordenadora

Recebi esta declaração do SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

EM ____/____/____.





Hospital Restauração NCR/Traumato



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

20:20

Nome: Kiara Raima Furtosa, 11 anos

Rx

Menor vítima de acidente de motocicleta apresentando fratura exposta 1/3 médio fêmur esquerdo + TCE (fratura/afundamento crânio frontal?)

Glasgow 13

PA: 110x60; FC 102 bpm; FR 20 rpm;
SpO₂ 96%

Pupilas isocóricas / reagentes.

Hd: Politrauma (Fx exposta fêmur + TCE)

Data: / /

MÉDICO

Nome:

Medicamentos:

Data: / /

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA





CLASSIFICAR COMO VERDE:

Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência(); Febre sem outros sinais clínicos(); Lombalgia intensa
Retorno com >24h(); Entorse, suspeita de fraturas, luxações(); Dor abdominal sem alterações de SSVV();
PAS entre 160 a 190mmhg sem sintomas(); PAD entre 110 e 130mmhg sem sintomas(); Dor de garganta com
História de febre e com placas sem toxemia().

OBS:

CLASSIFICAR COMO AZUL:

Queixas crônicas sem alterações agudas(); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica
recorrente(); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômito
diarreia sem desidratação(); Constipação intestinal sem outros sintomas(); Administração de medicamento
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes().

OBS:

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

ENCAMINHADO:

ASS. E CARIMBO:

CLASSIFICAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL:

MÉDICO:

Histórico do paciente:

Paciente vítima acidente motoricista, politraumatizado
c/ fratura exposta 4/3 médio fêmur (E) + TCE

Exame Físico:

Glasgow (13)

PA: 110x70

Hipótese diagnóstica

S02 99%

FC: 110 bpm / FR: 30 rpm

Conduta:

Pupilas isocóricas /otorreagantes

① Tomografia para HR NCR/ Traumato
Sombra: 52 28 737.

CÓPIA AUTORIZADA



FICHA DE ATENDIMENTO

UPA
24h

RECEPCIONISTA: Probalud Data: 06/08/17 Hora: 17:06 min
Nome: KICIA RAUZA FANTOZA Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 10 Nascimento: 07/05/06 Nº SUS 838 0034 94 45 88
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () 3133-1815
Endereço: NICO LAU TEODORO ARAGÃO Nº 120 Bairro: PALESTINA
Cidade: SCC Acompanhante: ☒ Sim Não () Nome: MARIA DAS DORES
Pai: _____ AVO: _____
Mãe: Maria Mayana Fantoza

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ : _____ min
PA: _____ T: _____ HGT: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2% _____

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ : _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO:

Cianose (); Estridor (); PC<50>140(); FR>32vpm(); Extremidades frias(); Pulso fraco();
Ausente(); Sudorese(); PAS<80mmhg(); PAD>130mmhg(); Letargia(); Convulsionando();
Inresponsivo ou só resposta a dor(); Intoxicação exógena(); Sangramento intenso(); Lesão grave();
Queimaduras >25% de SC ou acometimento de vias aéreas (); Hipoglecia com sudorese intensa()

OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

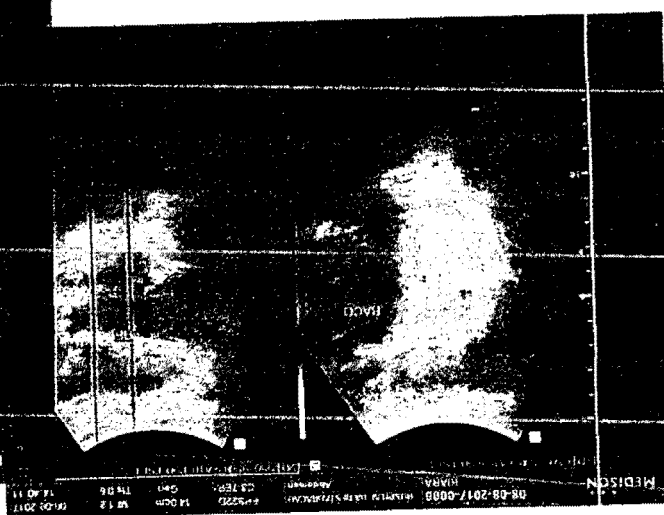
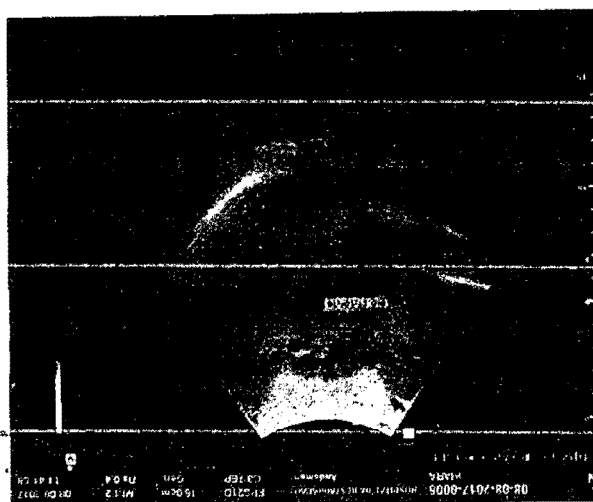
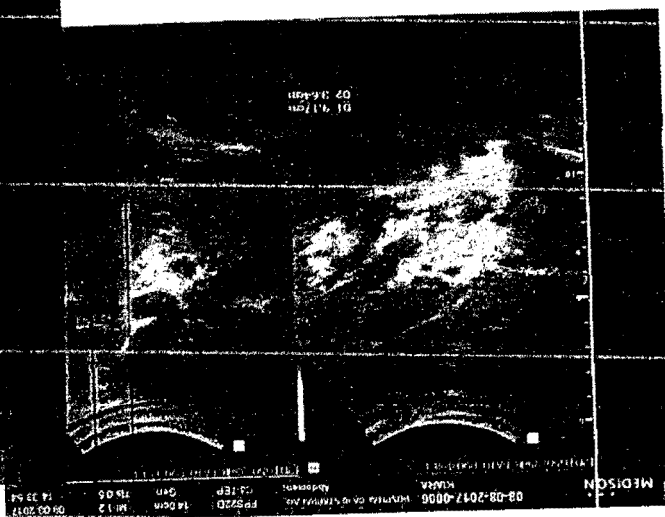
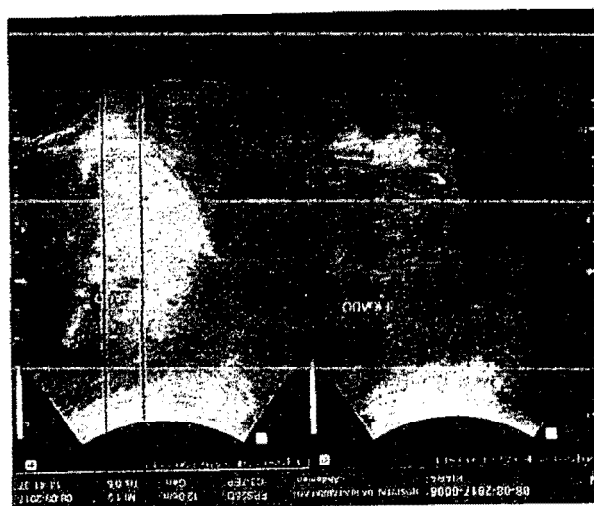
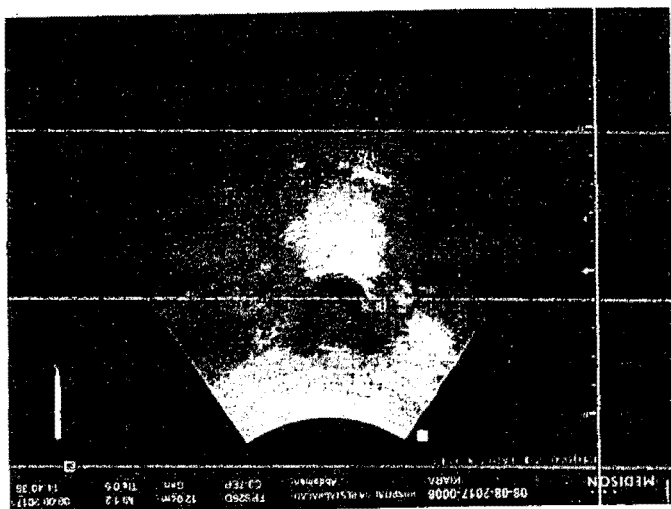
Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16(); FC<50 ou >140(); PAS<90 ou >190mmhg(); PAD>130()
>39°C(); Febre com imunodepressão (); Convulsão nas últimas 24h(); mucosas ressecadas()
Lesões de 1° e 3° graus em áreas não críticas(); Abuso sexual(); Dor abdominal ou torácica intensa
Articulações anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa(); história até 72h de:
Trauma(); Hematêmese(); enterorragia(); epistaxe(); Acidente perfuro/cortante c/ mat biológico();

OBS: _____

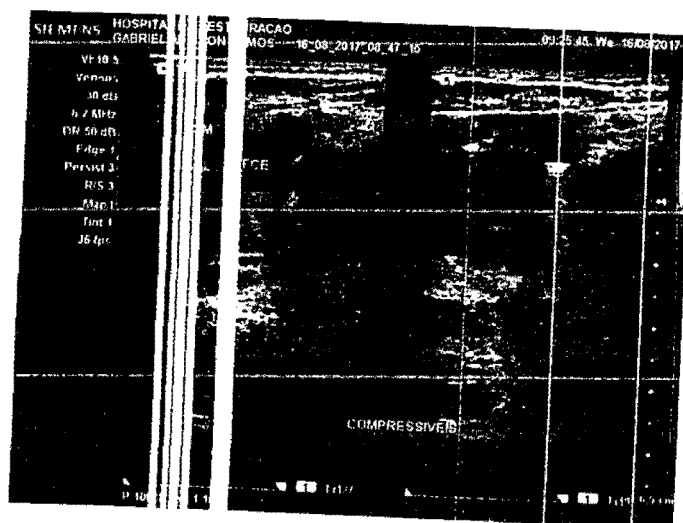
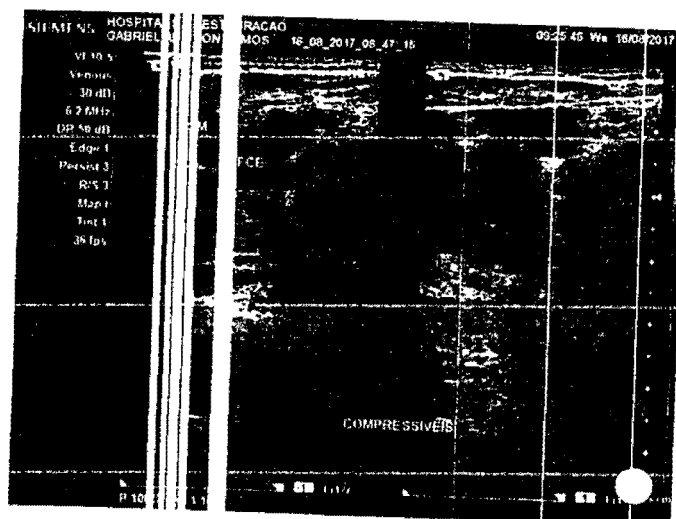
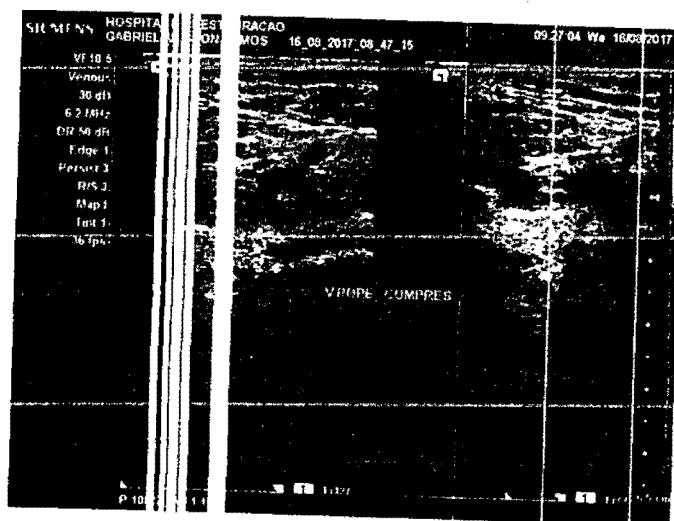
CÓPIA AUTORIZADA



08-08-2017-0006 KUMKA
Hospital de Referência
F0220 14.0cm 14.0cm 14.0cm
08-08-2017 14.0cm 14.0cm 14.0cm









405-4

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO



Nº Atendimento: 1599436

Nome: Kiana Natana Faustina

Foi atendido às: 07/08/17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente
mecânico (coluna cervical e torácica - 1º e 2º graus)
Fratura vertebral (C6 e T1)

Tratamento Realizado: (1) Internamento imediato da ma-
lha superior da coluna cervical e torácica com
a fixação com Hósti Elástica Torácica -
dureza (2) Imobilização com a corcova de
Observação: Paciente em estado de choque de an-
dado (na coluna cervical) após 07 (sete)
horas de internamento, com a colocação de uma
cópia de: 30 (trinta) dias
Ata da
Neurologia Médica
14/08/17

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
do Estado de Pernambuco.



Kul (06/08/17) : Leucos 42.240; Hb: 6,1; Ht: 20,6; plaq 231.000.
Kul (09/08/17) : Leucos 9.490; Hb: 7,4; Ht: 21,6; plaq 329.000.
Kul (10/08/17) : Leucos 4.000; Hb: 9,8; Ht: 29,7; plaq 354.000.
USG das mamas sem lesões de MIE (16/08/17) : Ausência
de sinais ultrassonográficos de TVP em MIE

Paciente recebe alta em boas condições clínicas em
17/08/17.

Deis Duarte
Médica
CREMEPE 4653

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1599426

Nome: Kiana Rayana Brito

Foi atendido às 00:02 hs. do dia 01/08/2017

Diagnóstico Previsto: ① Fratura de fêmur ② Fratura de tíbia
③ Fratura de 2ª metáfase ④
Fratura de 3ª metáfase ⑤ Fratura de 4ª metáfase ⑥
Fratura de 5ª metáfase ⑦ Fratura de 6ª metáfase ⑧
Fratura de 7ª metáfase ⑨ Fratura de 8ª metáfase ⑩
Fratura de 9ª metáfase ⑪ Fratura de 10ª metáfase ⑫
Fratura de 11ª metáfase ⑬ Fratura de 12ª metáfase ⑭
Fratura de 13ª metáfase ⑮ Fratura de 14ª metáfase ⑯
Fratura de 15ª metáfase ⑰ Fratura de 16ª metáfase ⑱
Fratura de 17ª metáfase ⑲ Fratura de 18ª metáfase ⑳
Fratura de 19ª metáfase ㉑ Fratura de 20ª metáfase ㉒
Fratura de 21ª metáfase ㉓ Fratura de 22ª metáfase ㉔
Fratura de 23ª metáfase ㉕ Fratura de 24ª metáfase ㉖
Fratura de 25ª metáfase ㉗ Fratura de 26ª metáfase ㉘
Fratura de 27ª metáfase ㉙ Fratura de 28ª metáfase ㉚
Fratura de 29ª metáfase ㉛ Fratura de 30ª metáfase ㉜
Fratura de 31ª metáfase ㉝ Fratura de 32ª metáfase ㉞
Fratura de 33ª metáfase ㉟ Fratura de 34ª metáfase ㊱
Fratura de 35ª metáfase ㊲ Fratura de 36ª metáfase ㊳
Fratura de 37ª metáfase ㊴ Fratura de 38ª metáfase ㊵
Fratura de 39ª metáfase ㊶ Fratura de 40ª metáfase ㊷
Fratura de 41ª metáfase ㊸ Fratura de 42ª metáfase ㊹
Fratura de 43ª metáfase ㊺ Fratura de 44ª metáfase ㊻
Fratura de 45ª metáfase ㊼ Fratura de 46ª metáfase ㊽
Fratura de 47ª metáfase ㊾ Fratura de 48ª metáfase ㊿
Fratura de 49ª metáfase ㊿ Fratura de 50ª metáfase ㊿
Fratura de 51ª metáfase ㊿ Fratura de 52ª metáfase ㊿
Fratura de 53ª metáfase ㊿ Fratura de 54ª metáfase ㊿
Fratura de 55ª metáfase ㊿ Fratura de 56ª metáfase ㊿
Fratura de 57ª metáfase ㊿ Fratura de 58ª metáfase ㊿
Fratura de 59ª metáfase ㊿ Fratura de 60ª metáfase ㊿
Fratura de 61ª metáfase ㊿ Fratura de 62ª metáfase ㊿
Fratura de 63ª metáfase ㊿ Fratura de 64ª metáfase ㊿
Fratura de 65ª metáfase ㊿ Fratura de 66ª metáfase ㊿
Fratura de 67ª metáfase ㊿ Fratura de 68ª metáfase ㊿
Fratura de 69ª metáfase ㊿ Fratura de 70ª metáfase ㊿
Fratura de 71ª metáfase ㊿ Fratura de 72ª metáfase ㊿
Fratura de 73ª metáfase ㊿ Fratura de 74ª metáfase ㊿
Fratura de 75ª metáfase ㊿ Fratura de 76ª metáfase ㊿
Fratura de 77ª metáfase ㊿ Fratura de 78ª metáfase ㊿
Fratura de 79ª metáfase ㊿ Fratura de 80ª metáfase ㊿
Fratura de 81ª metáfase ㊿ Fratura de 82ª metáfase ㊿
Fratura de 83ª metáfase ㊿ Fratura de 84ª metáfase ㊿
Fratura de 85ª metáfase ㊿ Fratura de 86ª metáfase ㊿
Fratura de 87ª metáfase ㊿ Fratura de 88ª metáfase ㊿
Fratura de 89ª metáfase ㊿ Fratura de 90ª metáfase ㊿
Fratura de 91ª metáfase ㊿ Fratura de 92ª metáfase ㊿
Fratura de 93ª metáfase ㊿ Fratura de 94ª metáfase ㊿
Fratura de 95ª metáfase ㊿ Fratura de 96ª metáfase ㊿
Fratura de 97ª metáfase ㊿ Fratura de 98ª metáfase ㊿
Fratura de 99ª metáfase ㊿ Fratura de 100ª metáfase ㊿

Deis Duarte
Médica

Médico - CRM Nº

VIRE

CREMEPE 4653

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 Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

766.7113



12- PRÓSTATA:

() ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
() ECOTEXTURA HOMOGÊNEA
() CONTORNOS REGULARES
() VOLUME NORMAL
MEDE: X X CM ;

() ECOTEXTURA HETEROGÊNEA
() CONTORNOS IRREGULARES
() VOLUME AUMENTADO
VOLUME: CM³

13 - RESÍDUO VESICAL PÓS MICCIONAL: ML.

14 - VESÍCULAS SEMINAIS: () NORMAIS () ANORMAIS

OBS (ÍTEM 11, 12, 13 E 14):

15 - ÚTERO EM , MEDE X X CM, VOLUME DE CM³,
TEXTURA , CONTORNOS

OVÁRIO DIREITO, MEDE X X CM, VOLUME DE CM³,
TEXTURA , CONTORNOS

ENDOMÉTRIO, MEDE CM, DE TEXTURA

FUNDO DE SACO POSTERIOR

OBS:

16 - CONCLUSÃO: () ESTUDO ECOGRÁFICO NORMAL

 NÃO foi detectado pleural
 NÃO detectado neoplásico
 NÃO detectado líquido livre intracavitário

Priscila 11/6/15

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (Fax) - (0XX) 81 - 421-5927 # 423-8263



PACIENTE : KIANA MAYSSA FEITOSA
PRONTUÁRIO : 1598436
CONVÊNIO : SUS
MÉDICO SOLIC. : DR(a).
DATA DO EXAME : 03/08/17
IDENTIFICAÇÃO :
REG. LIVRO :

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL

1.0 - FÍGADO:

- ☒ ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
☒ ECOTEXTURA HOMOGÊNEA
☐ CONTORNOS REGULARES
☐ BORDOS FINOS
☐ SUPERFÍCIE NORMAL
☐ VOLUME NORMAL
☐ ECOTEXTURA HETEROGÊNEA
☐ CONTORNOS IRREGULARES
☐ BORDOS ROMBOS
☐ SUPERFÍCIE NODULAR
☐ VOLUME AUMENTADO

OBS:

2.0 - VESÍCULA BILIAR:

- ☒ ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
☒ VOLUME NORMAL
☐ PAREDES FINAS
☐ ANECÓICA
☐ AUSENTE
☐ VOLUME DIMINUÍDO
☐ V. AUMENTADO
☐ PAREDES ESPESSADAS
☐ IMAGEM ECOGÊNICA

3.0 - HEPATO-COLÉDOCO:

- ☒ NORMAL
☐ AUMENTADO
☐ NÃO VISTO MEDE: _____ CM.

4.0 - VEIA PORTA:

- ☒ NORMAL
☐ AUMENTADO MEDE: _____ CM.

OBS (ITENS 02, 03 E 04):

5.0 - BACO:

- ☒ ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
☐ VOLUME NORMAL
☐ ECOTEXTURA HOMOGÊNEA
☐ V. AUMENTADO
☐ ECOTEXTURA HETEROGÊNEA

6.0 - PÂNCREAS:

- ☒ ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
☐ ALTERAÇÃO ECOGRÁFICA

OBS (ITENS 05 E 06):

7.0 - RINS:

- ☒ ECOGRÁFICAMENTE NORMAL
☐ ALTERAÇÃO ECOGRÁFICA

OBS:

8.0 - VASOS ABDOMINAIS:

- ☒ NORMAIS
☐ ANORMAIS

9.0 - ASCITE:

- ☐ PRESENTE
☒ AUSENTE
☐ SEPTADA

10 - ADENOMEGALIAS:

- ☐ PRESENTE
☒ AUSENTE

OBS (ITENS 08, 09 E 10):

11 - BEXIGA:

- ☒ NORMAL
☐ ANORMAL
☐ POUCO REPLETA



Secretaria
de Saúde



PACIENTE	Kíara raissa Feitosa		
REGISTRO	846340	PROCEDÊNCIA	409 107
DATA DO EXAME	16/08/17	MÉDICO SOLICITANTE	Angelica Lacerda

EXAME: ECOCOLORDOPPLER VENOSO DOS MIE PARA PESQUISA DE TVP

LAUDO: VEIAS FEMORAL COMUM, FEMORAL, FEMORAL PROFUNDA, POPLITEA, TIBIAIS ANTERIOR E POSTERIOR, SOLEARES, GASTROCNÊMIAS E FIBULARES DE CALIBRES NORMAIS E PAREDES TOTALMENTE COMPRESSÍVEIS PELO TRANSDUTOR (AFASTANDO TROMBOSE), FLUXO ESPONTÂNEO, FÁSICO COM A RESPIRAÇÃO E APRESENTANDO HIPERFLUXO COM A MANOBRA DE COMPRESSÃO DISTAL.

SAFENA MAGNA E PARVA COMPRESSÍVEIS.

CONCLUSÃO:

AUSÊNCIA DE SINAIS ULTRASSONOGRÁFICOS DE TVP EM MIE

FLÁVIA VITORINO
CRM PE 10421





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LÍDER KAYSSA FEITOSA, portador da carteira de identidade nº LÍDER A-47, N.º 37.354 e inscrito no CPF/MF sob o nº 111.111.111, residente e domiciliado na RUA NICOLAU FEDORRO ARAÚJO 120, NOVA PALESTINA, Cidade STº CRUZ DO CAPIBARIBE Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Muriel Moreira Feitosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

STº CRUZ DO CAPIBARIBE - PE - 10-10-2017

Local e data



PROCESSO DE LICITAÇÃO Nº 001/2018

EMPRESA: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI

CPF: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO FEDERAL: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO CNPJ: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO EPP: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO ME: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEI: 000.000.000-00

INSCRIÇÃO DO MEV: 000.000.000-00

Manoela Trigueiro Caroca Cavalcanti

Assinada eletronicamente por: MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI

Número do documento: 18060601041059100000031665875

